



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

ENVELHECIMENTO ATIVO: UM DESAFIO PARA O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Nome do Mestrando: Maria João Correia de São José

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

ENVELHECIMENTO ATIVO: UM DESAFIO PARA O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Nome do Mestrando: Maria João Correia de São José

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Ermelinda Caldeira, pela disponibilidade, incentivo, interesse e apoio.

Às minhas supervisoras Conceição e Rita pelo apoio, disponibilidade e interesse.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar pelo seu apoio neste percurso.

Às minhas parceiras nesta caminhada Ana Correia, Maria Guadalupe e Daniela Lopes; obrigada pelas partilhas, apoio e amizade. A todas o meu bem haja!

A todos os utentes da população alvo, que me acolheram com carinho e generosidade e que de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Évora, pela oportunidade e pela abertura a todas as solicitações.

À Dr.^a Susana, Diretora Técnica da estrutura residencial para idosos da Santa Casa da Misericórdia de Évora, pela cooperação.

À Marisa e à Rute, pelo apoio na preparação e desenvolvimento das atividades para além da presença constante e apoio.

Ao André, professor de dança, pela dedicação e colaboração estreita nas aulas de dança.

À Patricia, pela colaboração estreita na recolha de imagens e na ajuda com alguns problemas informáticos.

À minha família por acreditar e lá estar sempre.

Ao David e à Margarida, pela tolerância das ausências e por com o seu amor e carinho me fazerem erguer nas partes mais difíceis desta caminhada.

A todos o meu...

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Mundialmente nos últimos anos o número de idosos tem vindo a aumentar, tornando-se por isso um desafio para a saúde pública. Não sendo a velhice uma doença pode, no entanto, levar a uma perda da autonomia e independência causada pelo decréscimo da capacidade funcional, cabendo aos enfermeiros de saúde comunitária a promoção da saúde e a prevenção de complicações que advêm do processo de envelhecimento.

A identificação dos problemas prioritários, solidão, dependência e perda de autonomia levou à elaboração e implementação do projeto “Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado” de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde. Este teve como objetivo promover o envelhecimento ativo nos indivíduos com 65 anos ou mais residentes numa estrutura residencial do concelho de Évora.

Definidas estratégias de intervenção, possibilitando o envolvimento dos idosos, visando o envelhecimento ativo. A avaliação intermédia indica que as intervenções efetuadas vão ao encontro dos objetivos propostos.

Palavras-chave: envelhecimento ativo, idoso institucionalizado, envelhecimento

Active aging: a challenge for the institutionalized elderly

ABSTRAT

Over the last few years the number of elderly people worldwide has been increasing, thus becoming a challenge to public health. Although old age is not a disease and this has therefore become a public health challenge. Not being old age, a disease can lead to a loss of autonomy and independence caused by a decrease in functional capacity, and it is up to community health nurses to promote health and prevent complications arising from the aging process.

The identification of priority problems, solitude, dependence and loss of autonomy led to the design and implementation of the project "Active aging: a challenge for the institutionalized elderly" according to the methodology of Health Planning. The purpose of this study was to promote active aging in individuals aged 65 years or more living in a residential structure in the municipality of Évora.

After defining intervention strategies, enabling the involvement of the elderly, aiming at active aging. The mid-term evaluation indicates that the interventions carried out meet the proposed objectives.

Keywords: active aging, elderly institutionalized, aging

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores de envelhecimento segundo os censos 2011	20
Tabela 2: Índice de envelhecimento por região.....	28
Tabela 3: Índice de Dependência Total segundo os Censos.....	28
Tabela 4: Índice de dependência de idosos segundo os Censos.....	29
Tabela 5: Índice de envelhecimento.....	29
Tabela 6: Rede de equipamentos para Idosos – Apoio Domiciliário e Centro de Convívio – 2012	32
Tabela 7: Rede de Equipamentos para Idosos – Centro de Dia – 2012	32
Tabela 8: Rede de Equipamentos – Lar de Idosos – 2012	32
Tabela 9: Caracterização sociodemográfica da amostra (n=58)	44
Tabela 10: Visão e audição	45
Tabela 11: Utilizar telefone.....	45
Tabela 12: Dificuldade fazer-se entender.....	45
Tabela 13: Cuidar de si (autocuidado)	46
Tabela 14: Cuidar de si (autocuidado) - acidentes	47
Tabela 15: Mobilidade	47
Tabela 16: Mobilidade (continuação)	48
Tabela 17: Mobilidade - problemas com os pés.....	48
Tabela 18: Mobilidade - quedas	49
Tabela 19: Segurança	49
Tabela 20: Prática exercício físico	50
Tabela 21: Manter-se saudável.....	50
Tabela 22: Saúde Mental e Bem-Estar.....	51
Tabela 23: Sente-se sozinho	51
Tabela 24: Saúde	52
Tabela 25: Dores corporais	52
Tabela 26: Resultados Grau de (in)dependência.....	53
Tabela 27: Grau de (in)dependência	53
Tabela 28: Resultados Grau de risco falha cuidado	54
Tabela 29: Risco de Falha do Cuidado.....	55
Tabela 30: Resultados Grau de risco de quedas	56
Tabela 31: Risco de Quedas	56
Tabela 32: Orçamento do projeto.....	71
Tabela 33: Avaliação das metas por objetivo específico	76
Tabela 34: Análise SWOT do projeto	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esperança de vida à nascença	19
Figura 2: Esperança de vida aos 65 anos.....	19
Figura 3: Concelho de Évora – Freguesias.....	23
Figura 4: Áreas Rurais	24
Figura 5: Estrutura Etária da População por Freguesias 2011	25
Figura 6: Pirâmide Etária do Conselho de Évora 2010	26
Figura 7: Pirâmides etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções).....	27
Figura 8: Índice de envelhecimento (DGS, 2018).....	27
Figura 9: Índice de Envelhecimento, Portugal e NUTS II, 2014	29

LISTA DE SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Psychological Association

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CLASE - Conselho Local de Acção Social de Évora

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

HESE –EPE - Hospital do Espírito Santo de Évora

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UE - União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
2.1. Envelhecimento Populacional – Envelhecimento Ativo	16
2.2. Envelhecimento Em Portugal.....	18
2.3. Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida	21
3. ANÁLISE DO CONTEXTO	23
3.1. Concelho de Évora	23
3.1.1. Caraterização física do concelho.....	23
3.1.2. Caraterização sociodemográfica do concelho	25
3.1.3. Recursos e projetos de apoio ao idoso no concelho	31
3.2. Caraterização dos Recursos Humanos e Materiais.....	33
3.2.1. Unidade de Saúde Pública de Évora.....	33
4. METODOLOGIA	36
4.1. Instrumentos de Colheita de Dados.....	37
4.2. Procedimentos de Aplicação dos Instrumentos e de Análise dos dados	41
4.3. Considerações Éticas.....	41
5. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	43
5.1. Recrutamento da População-Alvo.....	43

5.2. Caracterização Geral da População.....	43
5.3. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo.....	44
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	58
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	62
7.1. Fundamentação das Intervenções.....	62
7.2. Análise Reflexiva Sobre as Estratégias Acionadas	67
7.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos.....	69
7.4. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	70
7.5. Análise da Estratégia Orçamental	71
7.6. Cumprimento do Cronograma.....	72
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	74
8.1. Avaliação dos Objetivos.....	74
8.2. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas .	77
8.3. Avaliação da Implementação do Projeto.....	77
9. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	80
10. CONCLUSÃO	86
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

ANEXOS	XCVI
Anexo I: Easy-Care Standard 2010	XCVII
Anexo II: Autorização das Investigadoras da Universidade de Aveiro	CVI
Anexo III: Scores do EasyCare Grau De (In)dependência.....	CVIII
Anexo VI: Scores do EasyCare Risco de Falha do Cuidado.....	CX
Anexo V: Scores do EasyCare Risco de Quedas	CXII
Anexo VI – Autorização da Comissão de Ética da ARS Alentejo.....	CXIV
APÊNDICES.....	CXIX
Apêndice I: Artigo Científico.....	CXX
Apêndice II: Avaliação do Projeto	CXXIII
Apêndice III: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	CXXV
Apêndice VI: Atividades/Intervenções Desenvolvidas	CXXX
Apêndice V: Cartaz Sessão de Apresentação do Projeto	CXXXVIII
Apêndice VI: Foto Logotipo	CXL
Apêndice VII: Foto “Manta de Retalhos”	CXLII
Apêndice VIII: Cartaz Encontro “Envelhe(S)er Ativo”	CXLIV
Apêndice IX: Cronograma do Projeto.....	CXLVI

1. INTRODUÇÃO

Atualmente a esperança média de vida, na maior parte dos países, ultrapassa os 80 anos, este aumento da esperança de vida conduz ao fenómeno de envelhecimento populacional com que somos confrontados nos dias que correm (Lopes, Mendes, & Silva, 2014). Esta realidade representa novos desafios para os profissionais de saúde tornando necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenção que dêem resposta às necessidades específicas desta população.

Em Portugal, têm-se verificado alterações demográficas registando-se um aumento do índice de envelhecimento assim como do índice de longevidade. A par destes, constata-se também um aumento do índice de dependência dos idosos (PORDATA, 2016). Podemos assim dizer que o envelhecimento da população é uma realidade atual que, em Portugal, e de acordo com as atuais previsões, se projeta para o futuro, colocando vários desafios em vários setores para tornar esse envelhecimento ativo e saudável.

Para Jerez-Roig, et al. (2016) o crescimento da população idosa, associado às baixas taxas de fecundidade e de mortalidade, representam ganhos para a sociedade, por um lado, e por outro representam um desafio ao pretender-se que o aumento de longevidade seja vivido de forma saudável com vista a preservar a independência/autonomia dos idosos mantendo-se assim a sua contribuição para a sociedade. O envelhecimento é habitualmente visto como uma etapa de vida em que se verifica uma progressiva dependência funcional, que conduz à existência de limitações nas atividades de vida como a alimentação, a higiene pessoal, na mobilidade, nas tarefas domésticas, toma de medicação e assuntos administrativos. É referido pelos idosos o receio de que a institucionalização aumente esta dependência funcional e consequentemente torne difícil a conservação da autonomia. (Carrilho, Gameiro, & Ribeiro, 2015).

A ausência ou extinção da autonomia, a necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida, pode ser considerado um problema de saúde que prejudica a qualidade de vida do idoso encontrando-se esta relacionada de forma direta com a capacidade funcional do indivíduo (Marinho, Vieira, Costa, & Andrade, 2013). Torna-se necessária a criação de condições que permitam ao idoso sentir-se estimulado a manter-se ativo, com vista a uma maior integração na sociedade, evitando ou adiando a

diminuição dos contatos sociais e institucionais (Cabral, Fernandes, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013)

É-nos dito na Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017), que apesar de vivermos cada vez mais tempo, a qualidade dos anos de vida ganhos é algo com potencial para melhorar. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) o envelhecimento ativo é um processo que visa a otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança visando melhor qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento assim como o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), revisão e extensão 2020, diz-nos que face ao panorama epidemiológico e demográfico Portugal é um país com baixa natalidade e com uma população envelhecida sendo esta portadora de patologias crónicas múltiplas, preconizando para tal duas metas: reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos) para um valor inferior a 20% e aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%. O Plano Local de Saúde (PLS), do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central de 2017, define como estratégia de saúde a promoção do envelhecimento saudável contribuindo assim para a prevenção do isolamento e da solidão das pessoas idosas. A Unidade de Saúde Pública (USP) iniciou, em março de 2017, o projeto “Viva bem com a idade que tem”. Este projeto de saúde pública tem como finalidade promover a literacia para o envelhecimento, prevendo assegurar a divulgação e utilização efetiva de boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados na comunidade, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde e à da sua comunidade. Presume assegurar uma mudança de hábitos e comportamentos em favor da qualidade de vida durante esta fase, melhorar a segurança, e contribuir para que sejam eliminados ou reduzidos riscos para a saúde. (USP, 2017).

São vários os estudos que abordam o envelhecimento da população, esta problemática representa novos desafios para os profissionais de saúde obrigando-os a desenvolver estratégias de intervenção que dêem resposta às suas necessidades específicas, assim torna-se relevante que os idosos procurem ter como meta um estilo de vida ativo, procurando atividades que lhes dêem prazer, alegria e satisfação. A

participação nestas atividades leva à redução da ocorrência de doenças cardiovasculares; de acidentes vasculares cerebrais; de doenças de causa respiratória crónica, de distúrbios mentais com consequências a nível da sua autonomia, permitindo deste modo aumentar o autocuidado do idoso, a esperança de vida saudável e a qualidade de vida.

Face à atualidade e premência do tema considerámos pertinente desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do envelhecimento ativo: *Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado*. O mesmo, foi desenvolvido tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde.

A intervenção direcionou-se aos indivíduos com 65 ou mais anos residentes numa estrutura residencial para idosos do concelho de Évora. Pretendeu-se com este projeto colaborar na implementação de estratégias de promoção de saúde na população idosa promovendo o envelhecimento ativo. Definimos como objetivo geral: Promover o envelhecimento ativo nos indivíduos, com 65 anos ou mais, residentes numa estrutura residencial para idosos do concelho de Évora, até julho de 2019. Os objetivos específicos concebidos para este projeto foram: Identificar a perceção de saúde e qualidade de vida dos residentes numa estrutura residencial para idosos do concelho de Évora; Aumentar em 10% o número de idosos que pratica exercício físico; Fomentar o relacionamento interpessoal entre os idosos residentes numa estrutura residencial para idosos do concelho de Évora; Promover a mobilização e envolvimento da equipa multiprofissional da estrutura residencial nas atividades planeadas no decorrer da implementação do projeto.

Pretendemos com este relatório descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio final assim como do processo que permitiu adquirir e mobilizar as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Estruturalmente o presente trabalho está organizado em vários capítulos. O primeiro capítulo inclui um breve enquadramento sobre a temática, com uma abordagem ao envelhecimento populacional e ao envelhecimento ativo, no sentido de compreender a dimensão do problema e as suas implicações, em particular entre os idosos institucionalizados.

Segue-se a análise do contexto, segundo capítulo, em que caraterizamos física e sociodemograficamente o concelho de Évora, assim como a unidade funcional onde

decorreu o estágio. Fazemos ainda uma abordagem aos recursos e projetos de apoio ao idoso.

O terceiro capítulo contempla as opções metodológicas no qual são descritos os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de análise de dados assim como as considerações éticas para recolha dos mesmos.

Segue-se a análise da população alvo, quarto capítulo, nomeadamente a sua caracterização geral e os cuidados e necessidades específicas.

No quinto capítulo apresentamos a análise reflexiva dos objetivos, no qual é explicado o percurso que levou à definição dos objetivos do projeto.

A análise dos objetivos é seguida por uma análise reflexiva sobre as intervenções, sexto capítulo, onde fundamentamos as intervenções delineadas, refletimos sobre as estratégias acionadas, recursos materiais e humanos utilizados, contatos e entidades envolvidas e apresentamos a estratégia orçamental (imprescindíveis para a operacionalização do projeto).

O capítulo sete reporta-se à avaliação dos objetivos e à descrição dos momentos de avaliação intermédia os quais fazem parte da análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo.

Precedendo a conclusão temos a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e as competências de mestre.

Por último, apresentam-se as conclusões e as referências bibliográficas que serviram de suporte teórico para este trabalho.

O trabalho foi redigido seguindo as diretrizes do novo acordo ortográfico português e da norma de referência American Psychological Association – APA, 6ª Edição.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Envelhecimento Populacional – Envelhecimento Ativo

O fenómeno do envelhecimento demográfico é transversal envolvendo quase todas as regiões do mundo, como nos refere o Conselho Local de Acção Social de Évora (CLASE) (2012, p.136) “as projeções avançam para um total de idosos em 2050, estimado em cerca de 2000 milhões de indivíduos, com mais de 65 anos, representando mais de 20% da população mundial”.

Como é referido em CLASE (2012) o aumento da esperança média de vida é um dos indicadores de desenvolvimento humano mais significativo das sociedades contemporâneas, o que representa um valor incalculável em termos sociais. A questão, reside em saber como estão, ou poderão estar, as nossas sociedades, preparadas para acolher este desafio, garantindo às pessoas mais velhas, as condições necessárias para que possam, continuar a viver, em plenitude, a sua condição de sujeitos de direitos e deveres de cidadania. “Só uma conceção integrada e integradora do desenvolvimento humano, assente numa visão positiva sobre pessoa idosa e sobre os processos de envelhecimento, permitirá equacionar com sucesso as múltiplas exigências de gerontologia social que hoje se colocam às sociedades democráticas, modernas.” (CLASE 2012, p.138).

A OMS (2005) refere que o envelhecimento ativo é um processo que visa a melhoria das oportunidades para a saúde, participação e segurança, e que tem como consequências o aumento da esperança de vida e da sua qualidade à medida que as pessoas envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações. Para isso torna-se relevante que os indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos procurem ter como propósito um estilo de vida ativo. O que implica procurar atividades que lhes dêem prazer, alegria, e satisfação, facilitando assim a sua participação nas mesmas. A participação nestas atividades leva à redução da ocorrência de doenças cardiovasculares; de acidentes vasculares cerebrais; de doenças causadas por problemas respiratórios crónicos, de distúrbios mentais com consequências a nível da autonomia, permitindo aumentar o autocuidado do idoso, aumentando por conseguinte a esperança de vida saudável e a qualidade de vida.

O envelhecimento ativo sustenta-se em três grandes pilares, são eles a saúde, a segurança e a participação. A falta de saúde torna a participação difícil/impossível, por outro lado a falta de participação, de envolvimento e de reconhecimento social são condições que prejudicam gravemente a saúde favorecendo a depressão o isolamento e a doença. A segurança e a proteção são condições imprescindíveis para a prevenção dos acidentes, das quedas e fraturas, para a prevenção de abusos, violência e maus-tratos, além do desprestígio, da negligência e do isolamento de que muitas pessoas ainda são vítimas, com repercussões devastadoras para a saúde, para a auto-estima e para a auto-realização.

O aumento da esperança média de vida saudável concomitantemente com autonomia o maior tempo possível, deve ser entendido como um objetivo a alcançar e uma ocasião em qualquer idade, constituindo por isso um dos grandes desafios do nosso tempo. Pretende-se assim tornar o envelhecimento numa experiência positiva, visando um maior investimento das pessoas e dos poderes decisores no potencial humano, não perdendo de vista o bem-estar físico, mental e social no decorrer do percurso de vida.

A promoção da saúde, recorrendo a estilos de vida saudável que envolvam atividade física regular, atividade mental estimulante, alimentação saudável, sem tabaco, assim como de uma vida afetiva e relações sociais equilibradas, afetuosas, caridosas e satisfatórias, e de uma apropriada gestão do stress da vida diária, traz ganhos para a longevidade e qualidade da vida. Quando falamos da promoção da saúde para o envelhecimento ativo não podemos deixar de ter em conta a heterogeneidade associada à idade e ao estado de saúde de cada um. Cada indivíduo tem as suas experiências de vida que influenciam o que é e como vivencia cada momento. Devem-se promover intervenções em que sejam respeitados os princípios de autonomia, participação ativa, auto-realização e dignidade. As estratégias de promoção da saúde são fundamentais para o envelhecimento ativo, pretende-se com a promoção da saúde favorecer a autonomia do idoso através de um cuidado em que a qualidade de vida é priorizada.

O envelhecimento ativo representa uma enorme evolução na forma como consideramos as pessoas mais velhas, este pressupõe a participação contínua nas questões relacionadas com a sociedade, a economia, a cultura, além das questões religiosas e espirituais. Pressupõe ainda o reconhecimento pela sociedade dos idosos como indivíduos de pleno direito, independentemente da capacidade de estarem

fisicamente ativos ou de fazerem parte da população ativa. Mesmo reformadas as pessoas devem ser incentivadas e deve-lhes ser dada a oportunidade de se manterem numa conjuntura de correlação, reciprocidade e interdependência entre gerações, que ultrapassa as trocas de bens, mais ou menos mútuas.

São vários os fatores determinantes do envelhecimento ativo, podemos referir: comportamentais, pessoais, sociais, ambientais, económicos, cultura, serviços sociais e de saúde e género. Não podemos assim deixar de constatar que para além da idade e dos cuidados com a saúde há outros fatores que influenciam e definem o modo como as pessoas e as nações envelhecem, dentre estes podemos salientar os fatores do próprio indivíduo, familiares, sociais, do ambiente, climáticos, de crescimento de conflito. Por tudo isto os idosos devem ser vistos como indivíduos a serem respeitados, com direito à sua individualidade e valorização da sua vontade. Eles são uma força de apoio, que além de prestar cuidados aos mais novos presta ainda cuidados a outros mais velhos. São ainda uma fonte de equilíbrio que permite uma sustentabilidade social e económica.

2.2. Envelhecimento Em Portugal

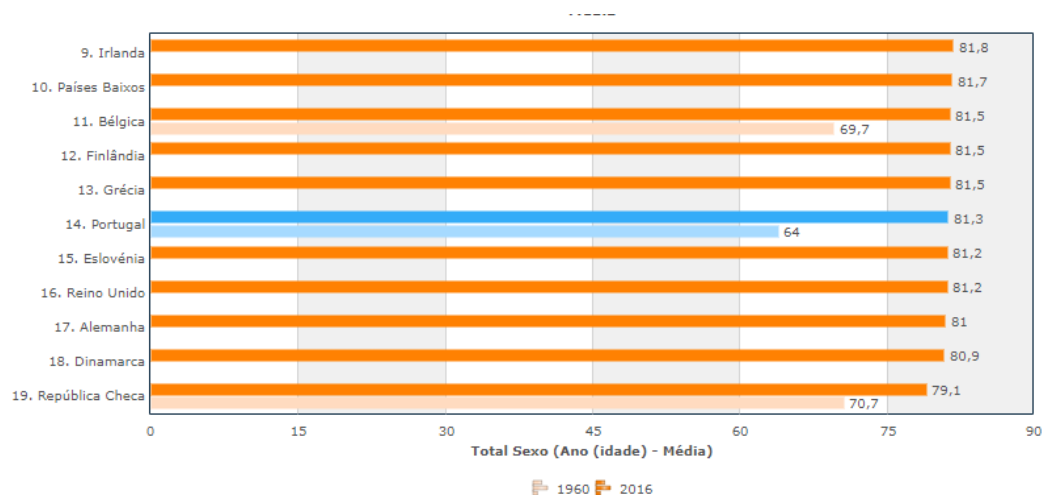
Segundo a OMS e presente no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015) a maioria das pessoas pode esperar viver até depois dos 60 anos. Uma maior esperança média de vida associada ao baixo índice de fertilidade traduz-se no envelhecimento da população. Contudo, ao falar em aumento da longevidade não se está necessariamente a falar em vida saudável ou envelhecimento saudável. Pode ler-se no mesmo documento:

“Infelizmente, embora seja assumido muitas vezes que o aumento da longevidade está sendo acompanhado por um período prolongado de boa saúde, existem poucas evidências sugerindo que os adultos maiores de hoje apresentam uma saúde melhor do que os seus pais tinham com a mesma idade.”(OMS, 2015, p. 5-6)

Em 2016, a população residente em Portugal foi estimada em 10 309 573 pessoas (4 882 456 homens e 5 427 117 mulheres), correspondendo a uma diminuição da população residente de 31 757 habitantes em relação a 2015. Este número corresponde a uma taxa de crescimento efetivo negativa de -0,31%, corroborando a tendência de decréscimo populacional verificado. (INE,2017a). A esperança de vida à

nascença em Portugal, face aos esforços realizados e que levaram à diminuição da mortalidade infantil bem como à melhoria das condições de vida a melhor educação, o melhor acesso a emprego e proteção social para além de saúde, é um valor que tem vindo a aumentar ao longo dos anos, passando de 64 anos, em 1960 para 81,3 anos em 2016 (Figura 1)

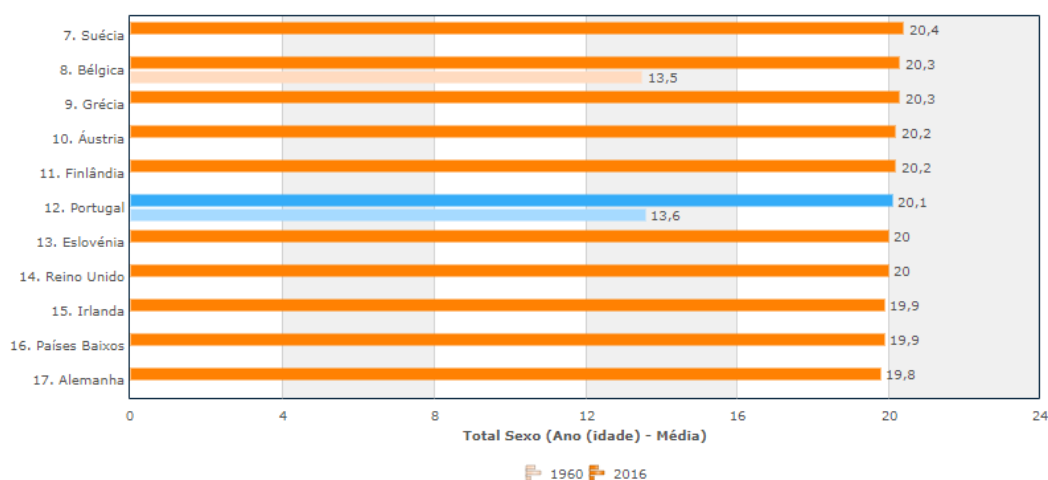
Figura 1: Esperança de vida à nascença



Fonte: PORDATA Última actualização: 2018-03-15

Também a menor mortalidade prematura da população leva a que hajam cada vez mais pessoas com idade superior a 65 anos, assim em 2016 os portugueses podiam esperar viver mais 20,1 anos além dos 65 anos (Figura 2).

Figura 2: Esperança de vida aos 65 anos



Fonte: PORDATA Última actualização: 2018-03-15

Em Portugal ao longo dos anos têm-se verificado alterações demográficas demonstrando que há um aumento do índice de envelhecimento assim como do índice de longevidade. Pode verificar-se também que há um aumento do índice de dependência dos idosos, o que corresponde a um aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos face às pessoas ativas (dos 15 aos 64 anos). O índice de envelhecimento tem vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, assim como o índice de dependência nos idosos. (Tabela 1) (PORDATA, 2016).

Tabela 1: Indicadores de envelhecimento segundo os censos 2011

Anos	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade
1991	68,1	50,6	30,1	20,5	39,3
2001	102,2	47,8	23,6	24,2	41,4
2011	± 127,8	± 51,3	± 22,5	± 28,8	± 47,9

Fontes de dados INE- X, XI, XII, XIII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População; Fonte:

PORDATA; última atualização 16-02.2018

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nas Projeções de População Residente 2015-2080 (2017) estima-se que o número de jovens diminua de 1,5 para 0,9 milhões e que o número de idosos passe de 2,1 para 2,8 milhões. Prevê-se também que o índice de envelhecimento duplique passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080, tendência transversal a todas as regiões de Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) (INE, 2017b). Assim, podemos afirmar que o envelhecimento populacional em Portugal é um problema atual, que se prevê sofra agravamento no futuro próximo e a longo prazo, por não estar minimamente assegurada a renovação das gerações. Por isso, o envelhecimento da população é uma realidade atual que, em Portugal, e de acordo com as atuais previsões, se projeta para o futuro, colocando vários desafios em vários setores para tornar esse envelhecimento ativo e saudável (Nunes, 2017).

No que ao envelhecimento ativo e saudável diz respeito, Portugal está associado à “Strategy and Global Plan of Action for Healthy Aging” da OMS, e com os objetivos fundamentais da União Europeia (UE), organizados em iniciativas de “Active ageing and solidarity between generations” (EU Parliament, 2011), tendo desenvolvido, no âmbito da saúde, desde 2004, um Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Nunes, 2017).

Indo de encontro a esta perspetiva de envelhecimento da população foi ainda criada pela Direção Geral de Saúde (DGS) a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 que nos diz que “A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, contudo há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade.” (DGS, 2017, p,9). Este documento define como objetivos gerais:

“Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas; promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável; Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas.” (DGS, 2017, p.19).

Tal como é reconhecido no PNS – Revisão e Extensão a 2020, muito há a fazer e a melhorar para que aos anos alcançados com o aumento da longevidade esteja associada qualidade de vida, sendo por isso propostas como metas deste plano a redução da mortalidade prematura (<70 anos); o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos, capacitando os indivíduos, levando-os a envolver-se e a participar.

2.3. Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida

De acordo com a OMS (1995), a qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida face ao contexto dos sistemas de cultura e valor em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito amplo e complexo que engloba saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, e relacionamento com as características do ambiente.

Diz-nos a Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017), que apesar de vivermos cada vez mais tempo, a qualidade dos anos de vida ganhos é algo com potencial para melhorar. De acordo com a OMS (2005) o envelhecimento ativo é um processo que visa a otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança visando melhor qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento assim como o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional.

Pretende-se assim que o envelhecimento seja uma fase na vida das pessoas em que estas mantêm um papel ativo, não são marginalizados/isolados, que encontram resposta para as suas necessidades nos recursos disponibilizados pelos órgãos de poder. Tudo isto tem consequências na forma como o indivíduo vive/encara esta etapa e nas consequências para a sua vida. Podemos dizer que a qualidade de vida dos idosos pode ser considerada como muito boa ou, pelo menos, preservada desde que os indivíduos permaneçam ativos, autónomos e independentes, com uma boa saúde física e relações sociais.

A qualidade de vida ao resultar da perceção do indivíduo, depende do balanço que este faz entre os anos vividos e as capacidades/potencialidades que mantém, é este que define a forma como o indivíduo vai lidar com o envelhecimento e as perdas que lhe são inerentes. Podemos dizer que um idoso que mantém as suas capacidades funcionais que lhe permitem ser autónomo na satisfação das suas necessidades, viverá esta fase de uma forma que trará consequências positivas para a sua vida, melhorando a sua qualidade de vida. Assim, a perda funcional associada ao envelhecimento, que pode ou não estar relacionada com a presença de doença, trará consequências para a sua qualidade de vida, estando estas dependentes da forma como estas pessoas se adaptam às alterações daí decorrentes e à forma como lidam com as situações do dia-a-dia.

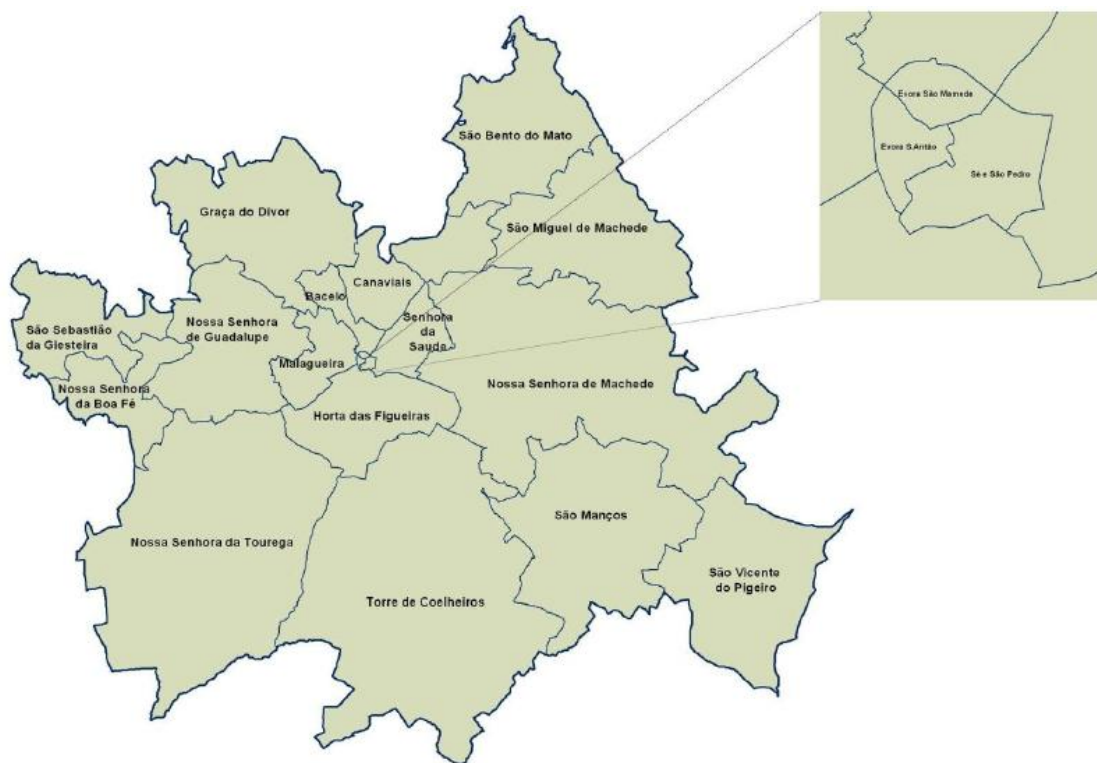
3. ANÁLISE DO CONTEXTO

3.1. Concelho de Évora

3.1.1. Caraterização física do concelho

A cidade de Évora é a sede do Concelho e do Distrito de Évora (apresentado na Figura 3), ocupando uma área de 1643ha. O Centro Histórico da cidade de Évora foi declarado Património Mundial pela UNESCO em 1986. Apresenta uma área total de 1309,0 Km², representa cerca de 5% do Alentejo. A população residente no concelho de Évora, em 2011, era de 56596 habitantes.

Figura 3: Concelho de Évora – Freguesias



Fonte: Diagnóstico Social Évora 2013/2015

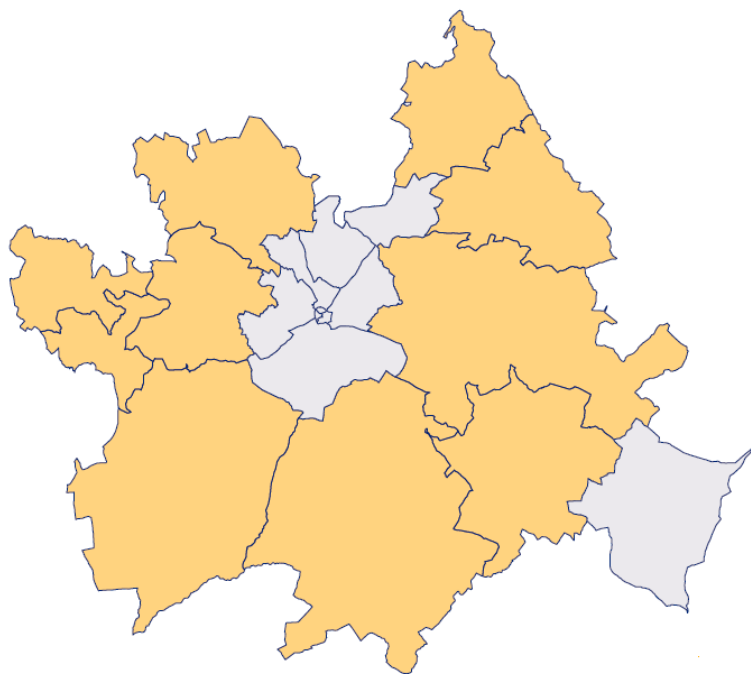
Évora localiza-se na Região Alentejo, Sub-Região Alentejo Central, integrando a Unidade Territorial NUT III. Faz fronteira a Norte com o concelho de Arraiolos, a Nordeste com Estremoz, a Leste com Redondo, a Sueste com Reguengos de Monsaraz, pelo concelho de Portel a Sul e pelos concelhos de Viana do Alentejo a Sudoeste e Montemor-o-Novo a Oeste. Encontra-se numa posição geográfica privilegiada na medida em que é atravessado por dois grandes eixos de vias principais: Lisboa/Madrid e

Norte/Sul, na perspectiva interior. Situa-se no centro da grande planície alentejana, caracterizada, em termos de relevo, por uma ondulação suave.

O concelho de Évora tem uma área total de 1309,0 Km² engloba um total de 19 Freguesias, 8 Urbanas e 11 Rurais, distribuídas por três grandes áreas geográficas:

- Área Urbana – Corresponde ao Centro Histórico, que inclui a totalidade das freguesias da Sé e São Pedro, São Mamede e Santo Antão, e à Cidade Extra-Muros, na qual se consideram parcialmente as Freguesias de Senhora da Saúde, Malagueira, Bacelo e Horta das Figueiras.
- Zona de Transição – Corresponde à área envolvente da área urbana e inclui subsecções das freguesias de Senhora da Saúde, Malagueira, Bacelo e Horta das Figueiras, e a totalidade da freguesia dos Canaviais.
- Área Rural – Corresponde ao conjunto das freguesias rurais (áreas em destaque apresentadas na Figura 4).

Figura 4: Áreas Rurais



Fonte: Diagnóstico Social Évora 2013/2015

3.1.2. Caracterização sociodemográfica do concelho

Em termos de população residente, no período de 2001 a 2011 o Concelho de Évora cresceu pouco, resultado dos movimentos migratórios e não dos nascimentos que diminuíram face a 2001, apresentando o território, um Saldo Natural negativo na última década. A evolução do envelhecimento populacional no território é confirmada, apresentando o grupo etário com idades entre os 0 e 4 anos, uma diminuição de nascimentos, comparativamente a 2001, em cerca de 142 crianças e o grupo da outra extremidade da pirâmide etária com um aumento da população acima dos 65 anos, o que remete para um território envelhecido e em risco de desertificação humana. Da análise dos dados dos Censos de 2011 (Figura 5), no que à distribuição da população residente por grupo funcional diz respeito, podemos verificar que o grupo com idade ≥ 65 anos é o segundo grupo populacional com maior peso, 19,7%. (valor que em 2001 era de 18,4%). (CLASE, 2012).

Figura 5: Estrutura Etária da População por Freguesias 2011

Estrutura Etária da População Por Freguesias (2011)												
Freguesias	0-14 anos			15-24 anos			25-64 anos			65 e mais		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
N.S. Boa Fé	16	12	28	24	13	37	73	72	145	43	69	112
N.S. Graça	29	45	74	21	26	47	129	124	253	49	63	112
Divor												
N.S. Machede	87	71	158	65	54	119	277	285	562	127	157	284
N.S. Tourega	55	34	89	31	30	61	175	177	352	82	102	184
S. Antão	67	57	124	49	58	107	316	356	672	153	267	420
S. Bento Mato	79	58	137	43	48	91	287	280	567	155	201	356
S. Mamede	62	76	138	67	98	165	375	476	851	191	379	570
S. Manços	66	55	121	55	38	93	235	257	492	106	126	232
S. Miguel	41	40	81	45	37	82	212	202	414	96	121	217
Machede												
S. Vicente	17	20	37	15	21	36	97	86	183	53	55	108
Pigeiro												
Torre	46	42	88	42	30	72	168	173	341	97	117	214
Coelheiros												
S. Sebastião	51	46	97	37	29	66	199	186	385	94	118	212
Giesteira												
Canaviais	333	272	605	182	181	363	949	987	1936	229	309	538
N.S.	30	46	76	15	18	33	129	131	260	46	50	96
Guadalupe												
Bacelo	795	712	1507	515	519	1034	2722	2906	5628	504	636	1140
Horta	891	832	1723	554	537	1091	2745	3051	5796	610	786	1396
Figueiras												
Malagueira	952	919	1871	662	722	1384	3329	3719	7048	891	1179	2070
Sé e S. Pedro	78	64	142	64	96	160	387	457	844	180	365	545
Senhora	529	523	1052	443	408	851	2168	2435	4603	1007	1411	2418
Saúde												
Total	4224	3924	8148	2929	2963	5892	14972	16360	31332	4713	6511	11224

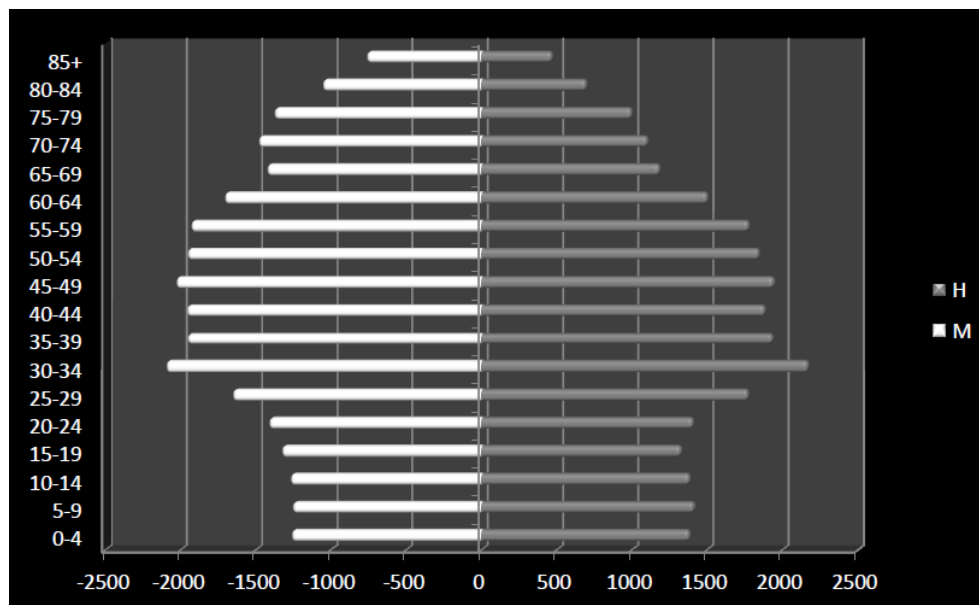
Fonte: Censos 2011 -INE

Fonte: Diagnóstico Social Évora 2013/2015

Este envelhecimento populacional pode revelar que existe uma certa qualidade das respostas na área da saúde, mas também, revela a existência de problemáticas

associadas ao envelhecimento populacional, essencialmente no grau de funcionalidade que os idosos possuem. (Figura 6).

Figura 6: Pirâmide Etária do Conselho de Évora 2010

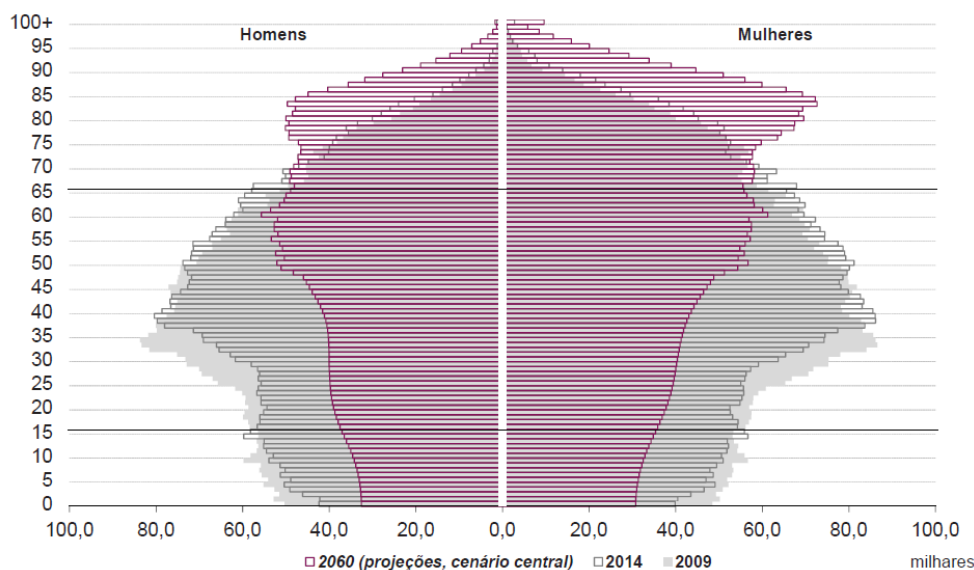


Fonte: INE, Estatísticas Demográficas de 2010

O envelhecimento demográfico reflete-se neste perfil, estreitamento da base da pirâmide etária – baixa da natalidade, verificando-se a prevalência dos grupos etários compreendidos entre os 30 e os 70 anos com alargamento do topo da pirâmide que corresponde ao acréscimo no número de pessoas idosas - aumento da longevidade, típico dos países desenvolvidos.

Como podemos comprovar pela visualização da Figura 7, verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal, entre 2009 e 2014 e a tendência mantém-se segundo a projeção para 2060, ou seja, a proporção de jovens relativamente a idosos é ainda mais acentuada - base da pirâmide mais estreita.

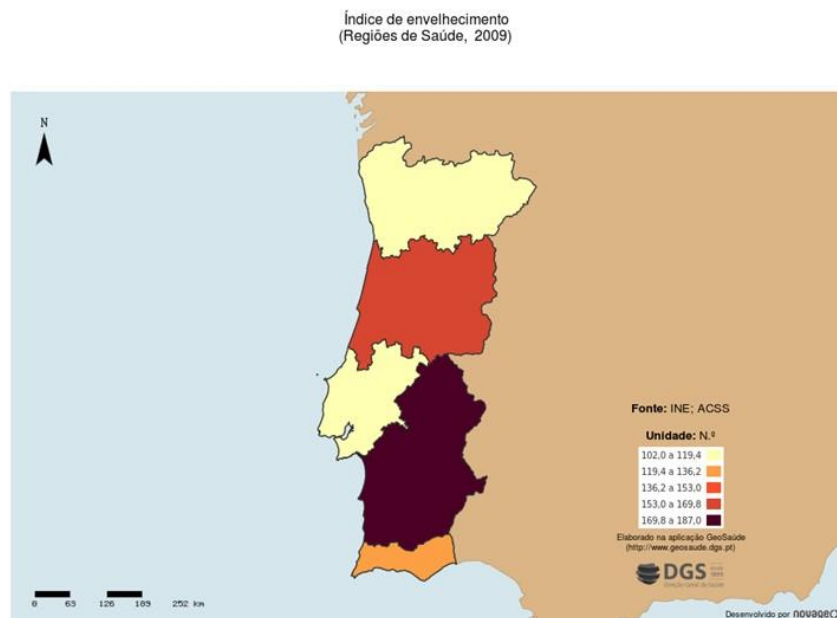
Figura 7: Pirâmides etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções)



Fonte: INE, Estatísticas Demográficas 2014

Se olharmos o seguinte mapa (Figura 8) que apresenta o índice de envelhecimento por região, embora de 2009, é a região do Alentejo a que apresenta o valor mais elevado.

Figura 8: Índice de envelhecimento (DGS, 2018)



Fonte: Regiões de Saúde, 2009

Voltando a comparar o índice de envelhecimento, agora em 2016, é possível constatar que a tendência continua a ser a mesma, verificando-se um agravamento do valor registado em anos anteriores. (Tabela 2)

Tabela 2: Índice de envelhecimento por região

Territórios	Índice de envelhecimento	
	2001	2016
Portugal	101,6	148,7
— Continente	103,8	151,7
+ Norte	79,4	142,9
+ Centro	129,2	185,9
+ Área Metropolitana de Lisboa	102,2	132,7
+ Alentejo	161,9	193,1
+ Algarve	126,3	139,3
+ Região Autónoma dos Açores	60,1	84,0
+ Região Autónoma da Madeira	71,4	108,3

Fontes/Entidades: INE, PORDATA; última atualização: 2018-01-25

Em termos comparativos, Évora apresenta um Índice de Dependência Total ligeiramente superior ao Índice de Dependência Total em Portugal Continental para os últimos anos representados na tabela abaixo e sempre com valores mais elevados ano após ano. (Tabela 3) O mesmo se verifica se compararmos o Índice de dependência do idoso em Évora com o Índice de dependência do idoso em Portugal. (Tabela 4) Na mesma linha, se compararmos o Índice de Envelhecimento em Évora com o mesmo Índice em Portugal, verifica-se que este é superior em Évora. (Tabela 5)

Tabela 3: Índice de Dependência Total segundo os Censos

Territórios		Índice de dependência total		
Âmbito Geográfico	Anos	1981	2001	2011
NUTS I	Continente	58,1	47,7	51,6
Município	Évora	53,2	50,0	51,8

Fonte de dados: INE –X, XII, XIV e XV Recenseamentos Gerais da População Fonte: PORDATA; última atualização: 26-06-2015

Tabela 4: Índice de dependência de idosos segundo os Censos

Territórios		Índice de dependência de idosos		
Âmbito Geográfico	Anos	1981	2001	2011
NUTS I	Continente	18,1	24,4	29,2
Município	Évora	18,9	27,6	30,0

Fontes de dados: INE- X, XII, XIV e XV Recenseamentos gerais da População; Fonte: PORDATA; última atualização: 26-6-2015

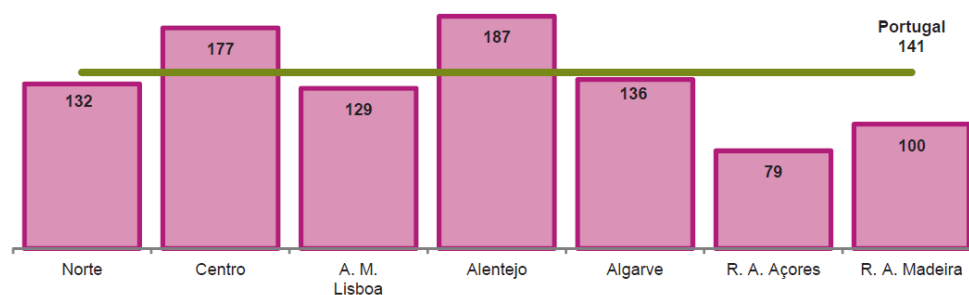
Tabela 5: Índice de envelhecimento

Territórios		Índice de envelhecimento		
Âmbito Geográfico	Anos	1981	2001	2011
NUTS I	Continente	45,4	104,5	130,6
Município	Évora	55,1	123,6	137,1

Fonte de dados: INE- X, XII, XIV e XV Recenseamentos gerais da População; Fonte: PORDATA; última atualização: 26-6-2015

Segundo nos refere CLASE (2012) os Índices Demográficos dos Censos 2011, dados provisórios, o concelho apresenta um Índice de Envelhecimento de 137,8 e um Índice de Dependência dos Idosos de 30,2, concluindo-se que em cada 100 habitantes do concelho em idade ativa, existem cerca de 30 idosos. Ambos acima da média nacional que são respetivamente de 128,6 e 29,0; como podemos verificar em termos comparativos com outras regiões o elevado índice de envelhecimento (Figura 9).

Figura 9: Índice de Envelhecimento, Portugal e NUTS II, 2014



Fonte: INE, Estatísticas Demográficas 2014

De forma sucinta temos as seguintes conclusões:

- O concelho, entre 2001 e 2011, registou um aumento pouco significativo da população residente (56596 hab.). Continuou assim a registar um crescimento superior à região do Alentejo e inferior ao do País.

- O aumento populacional registado é fruto dos movimentos migratórios.
- Registou um Saldo Natural negativo, na última década.
- Aumento da estrutura etária acima dos 65 anos e diminuição do grupo etário dos 0-14 anos.
- Índices Demográficos – Censos 2011 (provisórios):
 - Índice de Envelhecimento (n) 137,8 – acima do nacional (128,6);
 - Índice de Dependência de Idosos (n) 30,2 – acima do nacional (29,0);
 - Índice de Dependência de Jovens (n) 21,9 – abaixo do nacional (22,6);
 - Índice de Dependência Total (n) 52,0 – acima do nacional (51,6).
- Prevalência do género feminino.
- 73,7% Do território perdeu população. Densidade populacional 43,3 (n/Km²), muito abaixo da nacional 114,5.
- A dimensão média das famílias é de 2,4 indivíduos, verificando-se uma redução face a 2001, onde esse valor era de 2,7 indivíduos.
- O nº de famílias a residir no concelho aumentou, face a 2001, CLASE (2012, p.19).

Relativamente à oferta de serviços de saúde disponíveis, e no que respeita aos cuidados de saúde primários, o concelho de Évora integra o ACES Alentejo Central. Este dispõe de 5 Unidades de Saúde Familiar (USF) (Planície, Eborae, Lusitânia, Salus e Sol), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma USP onde decorre este estágio.

No que concerne aos cuidados de saúde diferenciados Évora é servida pelo Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE-EPE), integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde. Este hospital dispõe de múltiplas consultas e serviços de internamento de várias especialidades, dando resposta a todo o Alentejo, pelo que é considerado Hospital Central.

Para além dos serviços de saúde alusivos aos cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados já aqui referidos, Évora dispõe ainda de um Hospital de carácter privativo, bem como, de várias clínicas de várias especialidades que dão resposta às necessidades da população.

São várias as entidades envolvidas na intervenção destas diversas áreas: Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo / ACES de Évora, UCC; de apoio

aos mais desfavorecidos: Cáritas Diocesana de Évora, Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) – Delegação de Évora, Associação Chão dos Meninos, Centro Social e Paroquial de São Paulo; na habitação social: Habévora; através de iniciativas e projetos institucionais de apoio ao desenvolvimento local: CLASE; na área social de apoio ao envelhecimento populacional existem: Centros de Convívio, Centros de Dia, Lares e Apoio Domiciliário. Podemos ainda referir uma nova resposta muito positiva: Universidades Séniores - lazer e convívio. Há que referir que todas as freguesias rurais têm extensões de saúde.

3.1.3. Recursos e projetos de apoio ao idoso no concelho

As freguesias do concelho apresentam respostas nas áreas de saúde, educação, social, administração pública, cultura, lazer, desporto e economia.

Na área do envelhecimento populacional, todas as freguesias do concelho possuem equipamentos para os idosos, sendo que a cobertura territorial da valência de Centro de Convívio é de 100%, seguida da valência de Centro de Dia, que só não existe no Centro Histórico, e a valência de Lar continua a ser aquela que menos representatividade territorial tem e uma das valências de maior carência no concelho, face a 2004, diminuiu em 16 lugares a capacidade de resposta (545 utentes em 2004, para 529 em 2012). Ao nível do Apoio Domiciliário, identificado em 2004 como uma das valências prioritárias para o concelho, tal como o Lar, revelou um comportamento muito positivo nos últimos anos, aumentando em 676 o número de utentes, face a 2004 (67 em 2004 para 743 em 2012) e mais duas respostas, passando de 18 para 20. (Tabelas 6,7 e 8).

Tabela 6: Rede de equipamentos para Idosos – Apoio Domiciliário e Centro de Convívio – 2012

Concelho	Serviços de Apoio Domiciliário						Centro Convívio	
	Rede Solidária		Rede Lucrativa		Total		Rede Solidária	
	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes
Évora	20	743	0	0	20	743	11	307
Distrito	74	2.190	2	50	76	2240	33	737

Fonte: CDSS, Évora – Set.2012

Tabela 7: Rede de Equipamentos para Idosos – Centro de Dia – 2012

Concelho	Centro de Dia					
	Rede Solidária		Rede Lucrativa		Total	
	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes
Évora	20	422	0	0	20	422
Distrito	79	1.660	7	48	86	1708

Fonte: CDSS, Évora – Set.2012

Tabela 8: Rede de Equipamentos – Lar de Idosos – 2012

Concelho	Lar de Idosos					
	Rede Solidária		Rede Lucrativa		Total	
	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes	N.º Respostas	N.º Utentes
Évora	13	426	8	103	21	529
Distrito	58	2.099	21	411	79	2.510

Fonte: CDSS, Évora – Set.2012

Concomitantemente com a valência de Lar surgiu recentemente uma nova resposta privada na área do apoio domiciliário. Se a estas juntarmos as novas respostas na área da saúde, quer ao nível dos cuidados primários quer ao nível dos cuidados continuados, podemos concluir que há mais respostas do que em 2004 (CLASE 2012).

Temos também duas Universidades Seniores no concelho, que contribuem para a ocupação de tempos livres dos idosos. Outra resposta disponível é a do Voluntariado Social promovido pela Fundação Eugénio de Almeida e pela Delegação de Évora do Banco do Tempo, e a do Voluntariado Ligado à Saúde, realçando a Delegação da Liga Portuguesa Contra o Cancro, a Liga dos Amigos do Hospital e a CVP - Delegação de Évora, que constituem respostas complementares à valência do Centro de Convívio e que, não se destinando exclusivamente a este grupo populacional, são muito atrativas para esta faixa etária que é uma das suas principais prestadoras/beneficiárias. Existem

ainda programas de voluntariado do município: “Almoços de Miúdos, com Graúdos” e “De mãos dadas” (nas freguesias rurais).

Salientamos ainda a iniciativa Governamental que levou à criação do Complemento Solidário para Idosos; a iniciativa municipal Cartão Social do Município e o Programa de Teleassistência da responsabilidade da CVP de Évora e da Cáritas Diocesana de Évora. Em termos de habitação a Habevora construiu T1 para agregados constituídos por idosos (Horta das Figueiras)

A área da saúde disponibiliza a Rede Nacional de Cuidados Continuados (Unidades de Cuidados Continuados de curta, média e longa duração e das Unidades de Cuidados Paliativos), que dão respostas às necessidades deste grupo populacional. Temos ainda USF e respetivas extensões de saúde e a Equipa de Cuidados Continuados na Comunidade.

3.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

3.2.1. Unidade de Saúde Pública de Évora

O ACES Alentejo Central é um serviço de saúde, dependente do poder de direção da ARS do Alentejo, tendo, no entanto, autonomia administrativa. Visa garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, nomeadamente atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços visando a continuidade dos cuidados. Desenvolve ainda “atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais” (ARS Alentejo). Cada ACES é constituído por apenas uma USP.

O estágio decorreu na USP de Évora, esta é uma unidade funcional do ACES Alentejo Central que se situa em Évora e abrange 14 concelhos, nomeadamente, Évora, Borba, Alandroal, Vila Viçosa, Portel, Viana do Alentejo, Montemor-o-Novo, Estremoz, Mourão, Reguengos de Monsaraz, Mora, Redondo, Arraiolos e Vendas Novas. De acordo com o Relatório de Atividades 2015 emitido pela USP, a 1 de Janeiro de 2015 estavam inscritos no ACES Alentejo Central 168,557 utentes, distribuídos pelas 18 unidades de saúde do agrupamento.

A USP de Évora atua com uma equipa técnica multidisciplinar constituída por 5 médicos de Saúde Pública, dos quais 4 são Autoridades de saúde, 2 enfermeiras, 5 técnicos de saúde ambiental, 5 higienistas orais e 2 administrativas. De acordo com o Relatório de atividades elaborado por esta unidade, relativo ao ano de 2015, a equipa supramencionada, não está adequada à dimensão populacional da sua área de intervenção, necessitando de maior número de técnicos.

Esta unidade funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei nº28/2008).

A USP do ACES Alentejo Central tem como missão “zelar pela saúde da comunidade residente no distrito de Évora” (USP). É responsável pelos atos de autoridade de saúde não incluídos em programas, pela vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis da população da sua área de domínio, opera como observatório de saúde da mesma área, colabora na realização do PLS, desenvolve e coopera em projetos e programas na área da vacinação, saúde escolar, saúde oral, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e saúde ocupacional, entre outros.

A USP assume ainda a vigilância e controlo da saúde ambiental, nomeadamente das atividades organizadas em programas e projetos de intervenção na área da saúde escolar, habitat, controlo da água para uso recreativo, controlo da água para consumo humano, vigilância da qualidade do gelo e outras atividades em resposta aos utentes e/ou instituições. É ainda responsável pela vigilância de condições de insalubridade e pela vigilância sanitária das condições de higiene e segurança de estabelecimentos.

A USP tem ainda implementado o programa REVIVE – Programa Nacional de Vigilância de vetores culicídeos e ixodídeos. Este programa tem como objetivos “monitorizar a atividade de artrópodes hematófagos; caracterizar as espécies e sua ocorrência sazonal e identificar agentes patogénicos importantes em saúde pública” (USP, 2015).

A USP iniciou em março de 2017, o projeto “Viva bem com a idade que tem”. Este projeto de saúde pública tem como finalidade promover a literacia para o

envelhecimento, prevendo assegurar a divulgação e utilização efetiva de boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados na comunidade, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, e à da sua comunidade. Presume assegurar uma mudança de hábitos e comportamentos em favor da qualidade de vida durante esta fase, melhorar a segurança, e contribuir para que sejam eliminados ou reduzidos riscos para a saúde. (USP, 2017).

4. METODOLOGIA

O presente projeto teve por base a Metodologia do Planeamento em Saúde. Esta metodologia pressupõe estruturar a intervenção de uma forma planeada e seguindo a seguinte sequência de fases:

1. Definição dos problemas e diagnóstico da situação
2. Estabelecimento de objetivos
3. Determinação de estratégias
4. Elaboração do plano de ação
5. Avaliação

Como refere Tavares (1990), sendo o planeamento um processo contínuo e dinâmico, que implica a tomada de decisões, torna-se necessário eleger entre as várias hipóteses existentes um rumo de ação visando alcançar os resultados desejados. Menciona ainda “Em Saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas, (...)” (Tavares, 1990, p. 29)

Para (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 7) “O planeamento da saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde...”, sendo por isso um processo continuado e dinâmico, que compreende várias fases.

O presente projeto teve ainda como fio condutor o Modelo de Promoção da Saúde *Precede-Proceed* de Green e Kreuter.

O Modelo *Precede-Proceed* visa a promoção da saúde e promove a saúde pública (Porter, 2016). Engloba duas particularidades da intervenção comunitária que são o planeamento e a avaliação. Começa com o diagnóstico de saúde da população, temos depois a implementação do processo com definição de intervenções e estratégias com vista à promoção da saúde e bem-estar e prevenção da doença, não perdendo de vista a continuidade do programa. Estas são avaliadas posteriormente (avaliação do projeto) e os resultados obtidos determinam alterações/definição de novos objetivos. (Pedroso & Brito, 2014). Para a sua aplicação torna-se imprescindível a participação da população alvo tornando assim possível a sua continuidade.

Este modelo tem duas fases: a primeira – Precede – em que é feito o diagnóstico de situação de saúde de um grupo previamente identificado. Ocorre assim uma avaliação social em que são avaliadas as condições sócio-económicas e a qualidade de vida. Temos depois uma avaliação epidemiológica, em que são recolhidos dados relativos aos indicadores demográficos assim como de morbilidade geral e procura de saúde. Segue-se a avaliação comportamental e ambiental, em que são caracterizados os comportamentos, estilos de vida e contextos de saúde e doença dos elementos do grupo. A avaliação educacional e organizacional em que são identificados os fatores predisponentes, facilitadores e de reforço para cada problema identificado. Temos finalmente a avaliação política e administrativa em que são caracterizados os recursos e regulamentos disponíveis e que permitem sustentar as intervenções para promoção da saúde (Pedroso & Brito, 2014).

A segunda fase corresponde à fase Proceed em que se procede à implementação de estratégias de promoção de saúde sendo envolvidos os profissionais dos serviços, ocorre ainda a avaliação das estratégias de intervenção (utilizando os instrumentos da fase anterior). Torna-se essencial nesta fase uma planificação eficiente, um conveniente financiamento, organização, formação e supervisão dos recursos humanos, estes últimos dois são considerados a “pedra angular” para a implantação de um projeto (Pedroso & Brito, 2014).

4.1. Instrumentos de Colheita de Dados

Como nos diz Fortin (1996), face à variedade de fenómenos sobre os quais pode incidir a investigação, tornam-se necessários vários métodos de colheita de dados. A sua escolha é determinada pela natureza do problema de investigação. Sendo o questionário um dos métodos de colheita de dados possíveis, optámos por ele por este ajudar a organizar e a controlar os dados permitindo assim uma recolha de informação rigorosa.

As alterações demográficas que se verificam atualmente levam a que na saúde comunitária haja cada vez mais interesse em conhecer as necessidades dos idosos. Sendo os indivíduos cada vez mais reconhecidos como os melhores juizes do seu estado de saúde, torna-se pertinente que os instrumentos usados para avaliar essas necessidades nos permitam conhecer as necessidades de saúde e cuidados por eles percebidos

(promovendo assim a autogestão da saúde), visando uma resposta personalizada e ajudando a uma alocação eficiente de recursos. Desta mudança de paradigma resultou o aumento do uso de instrumentos de saúde em que a percepção/subjetividade do indivíduo é valorizada (Brandão, Sousa, Philip, & Cardoso, 2015). Assim, para o diagnóstico de situação o instrumento utilizado para a recolha de dados foi o questionário Easy-Care Standard 2010 (Sousa, Galante, & Figueiredo). (Anexo I); instrumento desenvolvido em 1993 para o Escritório Regional Europeu da OMS, tendo desde então sofrido atualização regular além de ser testado em vários países de todo o mundo. Este instrumento permite-nos avaliar as percepções das pessoas idosas quanto ao seu estado físico, mental, e necessidades sociais (Pinar, et al., 2015).

Como forma de avaliarmos globalmente o projeto utilizámos um questionário de pontos fortes e fracos (Apêndice II) o qual foi aplicado a enfermeiras da USP.

Questionário Easy-Care Standard 2010

O instrumento para colheita de dados EASY-Care – *Elderly Assessment System* (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2002) Sistema de Avaliação de Idosos permite, através de uma avaliação multidimensional, avaliar o bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa. Possibilita ainda conhecer as necessidades e limitações por eles percecionadas assim como a percepção que têm sobre o seu estado de saúde (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2002).

Este instrumento foi desenvolvido a nível europeu e é recomendado pela OMS. O instrumento foi validado para a população portuguesa (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2002), tendo este demonstrado boas características psicométricas, com um valor de *alfa de Cronbach* de 0,92. Em Portugal o instrumento encontra-se a cargo de investigadoras da Universidade de Aveiro (Sousa, Galante & Figueiredo) que autorizaram a sua utilização no presente estudo. (Anexo II)

Estas investigadoras enviaram-nos a versão atual (Easy standard), que está traduzida em mais de 40 países, cobrindo todas as regiões da OMS e a validação do EASY-Care em Portugal.

O questionário utilizado (EASY-Care) é constituído por duas partes, constando da primeira os dados biográficos, nomeadamente, idade, sexo, estado civil, anos de educação formal, estado clínico. A segunda parte é composta por sete domínios (visão,

audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar). Cada domínio contém entre 3 a 13 perguntas, que permitem definir como percebe o idoso a sua situação em cada um deles, permitindo assim determinar as necessidades de cuidados (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015).

Partindo das respostas obtidas nos domínios referidos anteriormente, foi formado um sistema de avaliação que permite avaliar:

*O **Grau de (In)dependência**, em que são consideradas as necessidades de cuidados e de apoio nas atividades de vida diária (AVD). Permite assim determinar em que medida a pessoa que responde ao questionário é independente em atividades como vestir-se, cuidar da aparência, movimento, tomar banho (Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD), preparar refeições, e gestão de dinheiro (Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD), permite ainda conhecer problemas fisiológicos (problemas com a bexiga ou com intestinos) (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015). Cada um dos itens é balizado por um score que denomina o grau de dependência no item, quanto maior o score maior o grau de dependência nesse item. Para a avaliação do grau de (in)dependência são consideradas 18 questões, podendo a pontuação obtida variar entre 0 e 100, sendo que quanto maior a pontuação obtida maior o grau de dependência e vice-versa (Anexo III).

*O **Grau de Risco de Falha na Prestação de Autocuidado**, em que são consideradas as questões preditoras do aumento do risco de admissão hospitalar. Este é calculado com base nas respostas a perguntas relacionadas com a dependência em atividades como vestir, banho ou uso do duche; inclui ainda a auto-avaliação do estado de saúde e bem-estar, perda de memória, a ocorrência de depressão ou a presença de dor (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015). Em cada questão, para cada resposta positiva obtida é atribuído um ponto, podendo a pontuação variar entre os 0 e os 12 pontos, correspondendo aos valores mais elevados o aumento do risco de admissão hospitalar (Anexo IV).

*O **Grau de Risco de Quedas**, em que são consideradas as questões que predizem um aumento do risco de quedas e/ou lesões delas resultantes. Determinado tendo por base perguntas sobre problemas com o movimento, a presença de patologias

dos pés, uma avaliação da sensação de segurança em casa, o número de quedas no ano anterior (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015). Em cada questão, para cada resposta positiva obtida é atribuído um ponto; a pontuação varia entre 0 e 8 pontos. Foi definido pelos criadores do questionário que os valores maiores ou iguais a 3 indicam um risco elevado de quedas (Anexo V).

Este é um instrumento que nos proporciona uma visão global das necessidades do idoso, concebido como uma primeira avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social, que avalia capacidades e não competências; este proporciona uma avaliação multidimensional que permite conhecer as necessidades e limitações percebidas pelos idosos que constituíram a amostra. Este reconhecimento das necessidades permite que sejam planeadas atividades que dêem resposta às necessidades mais prementes, visando reduzir o risco de incapacidade, permitem ainda o planeamento de atividades que permitam aumentar a independência. Isto é, este instrumento permite determinar o risco de deterioração na aptidão e indica domínios dentro dos quais é necessário intervir (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015).

Questionário de Pontos Fortes e Fracos do Projeto

O Questionário de Pontos Fortes e Fracos do Projeto teve como finalidade identificar os aspetos mais importantes do projeto. Constituído por quatro questões abertas, em que os inquiridos são convidados a darem a sua opinião sobre o projeto desenvolvido, procurando através das respostas obtidas implementar medidas corretivas que visem a continuidade e crescimento do mesmo.

Posteriormente os resultados do questionário foram convertidos numa matriz Swot e procedeu-se à sua análise. A escolha da análise Swot prendeu-se com o facto desta nos fornecer informação objetiva, explícita e sistematizada (Caldeira, 2015), Foi assim possível identificar os pontos fracos (fraquezas) e os pontos fortes (forças) do projeto, aqui são considerados os fatores sobre os quais podemos agir/sobre os quais temos controlo. Ao relacionar estes pontos fracos e pontos fortes com o meio envolvente podemos ainda identificar os fatores externos que influenciam de forma positiva (oportunidades) e de forma negativa (ameaças) o projeto. Torna-se assim

possível identificar os aspetos que devem ser melhorados identificando os riscos, permite ainda identificar as oportunidades de crescimento do projeto.

4.2. Procedimentos de Aplicação dos Instrumentos e de Análise dos dados

Visando a minimização de potenciais vieses, o preenchimento efetivo do questionário ocorreu na presença do investigador de forma a precaver interpretações erradas das questões e a diligenciar no sentido do preenchimento total do mesmo.

Os dados foram recolhidos individualmente, em locais escolhidos pelos utentes e em que estes se sentiam mais confortáveis, ocorrendo inicialmente uma pequena conversa no sentido de “quebra-gelo”. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de aproximadamente 20 minutos, este tempo foi por vezes mais extenso, face à necessidade de conversação apresentada por alguns utentes, sendo-lhes por isso dada a oportunidade de nos falarem um pouco mais da sua vida, família, saúde, de “outros tempos”.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 24,0 com o intuito de obter uma correta leitura dos dados e uma análise estatística facilitada.

4.3. Considerações Éticas

Perante a vulnerabilidade do grupo participante no projeto, torna-se necessário o respeito pelos seus interesses e direitos éticos. Assim, e como nos diz Fortin (1999), perante os danos que podem advir da investigação aplicada a seres humanos, torna-se necessário tomar medidas que protejam os seus direitos e liberdade. Para tal, de acordo com o mesmo autor, tornam-se essenciais os direitos de autodeterminação, à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a tratamento justo e equitativo.

Na fase inicial foi pedida autorização à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSA, tendo recebido o Parecer 08/2018/CES favorável (Anexo VI).

Foi fornecida aos participantes informação clara sobre o projeto e os seus objetivos, de forma a obter da sua parte um consentimento esclarecido e livre. Tendo para tal sido redigido um formulário de consentimento livre e informado (Apêndice III), documento feito em duplicado, sendo uma das cópias entregue ao participante na altura de preenchimento do questionário. Face à baixa escolaridade dos participantes, este consentimento foi lido e esclarecidas as dúvidas, foi ainda reforçada a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados. Foi obtido o consentimento voluntário de todos os participantes, sendo ainda garantida a possibilidade de em qualquer momento se poderem retirar do projeto. A confidencialidade prevaleceu no tratamento dos dados, de forma a proteger a privacidade dos utentes, sendo atribuído a cada questionário um código de identificação.

Depois de todos os aspetos éticos devidamente autorizados, procedemos à aplicação do questionário em outubro de 2018.

5. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

5.1. Recrutamento da População-Alvo

Face às limitações que tornam necessários dados num período específico de tempo bem como os recursos disponíveis, torna-se imperioso a utilização de uma amostra (Polit & Hungler, 1995). A sua utilização permite a perceção razoável do fenómeno a ser estudado, podemos por isso dizer que as amostras constituem recursos eficazes e realistas de colher dados. No nosso projeto a amostra foi por conveniência, sendo selecionados indivíduos que se disponibilizaram a participar, isto é, disponíveis/acessíveis à participação no projeto e que cumprissem os critérios de inclusão.

Como critérios de inclusão temos: idade ≥ 65 anos, residentes na estrutura residencial, com disponibilidade para responder ao questionário e para participar no projeto. Como critérios de exclusão temos: indivíduos com alterações mentais, com surdez e acamados. De entre os 138 residentes, respondiam aos critérios de inclusão 68, destes concordaram em participar no estudo 58 utentes.

Os resultados obtidos evidenciam factos observados no decurso da colheita de dados, estes são posteriormente analisados e apresentados de forma a relacionarem-se com a temática em estudo (Fortin, 2000). Inicialmente e depois de obtidas todas as autorizações necessárias, procedemos ao diagnóstico da situação, pretendendo com este identificar a perceção dos idosos residentes em estruturas residenciais para idosos acerca do seu estado de saúde, para a partir daí desenvolver um projeto de intervenção com vista à promoção do envelhecimento ativo. Para tal foi utilizado como instrumento de dados o questionário Easy-Care que se encontra caracterizado no ponto 4. Foram aplicados 58 questionários.

5.2. Caracterização Geral da População

Com base nos resultados obtidos podemos afirmar que, dos 58 idosos, 63,8% são do sexo feminino e 36,2% do sexo masculino. Apresentam uma média de idades de 87,8 anos, sendo o grupo com maior representatividade o dos 90-94 anos com 34,5%; por

outro lado os grupos com menor representatividade são o dos 65-69 e o dos 100-104 ambos com 1,7%. No referente ao estado civil 55,2% são viúvos, 22,4% são casados, 12,1% solteiros e 6,9% separados. No que à educação formal diz respeito, podemos dizer que maioritariamente apresentam baixa escolaridade sendo que 65,5% têm 4 ou menos anos de educação formal, 31% nunca frequentou qualquer estabelecimento de ensino e 3,4% têm 5 a 12 anos. (Tabela 9).

Tabela 9: Caracterização sociodemográfica da amostra (n=58)

		Número	%
Utentes por género	Feminino	37	63,8
	Masculino	21	36,2
Utentes por grupo etário	65-69	1	1,7
	70-74	3	5,2
	75-79	4	6,9
	80-84	6	10,3
	85-89	17	29,3
	90-94	20	34,5
	95-99	6	10,3
	100-104	1	1,7
Utentes por estado civil atual	Casado/união de facto	13	22,4
	Separado/divorciado	4	6,9
	Solteiro(a)	7	12,1
	Viúvo(a)	34	58,6
Utentes por anos de educação formal	1-4	38	65,5
	5-12	2	3,4
	Mais de 12	0	0
	Não tem	18	31,1

Constatamos que relativamente à situação profissional, a totalidade da amostra não integra a população ativa, sendo todos eles reformados.

5.3. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

Sendo o instrumento de colheita de dados utilizado constituído por sete domínios, vamos de seguida abordar cada um deles o que nos vai permitir conhecer as necessidades e limitações percecionadas pelos idosos que constituíram a amostra.

Domínio 1: Visão, audição e comunicação:

Podemos verificar na Tabela 10 que relativamente à visão 56,9% refere não ter problemas havendo 43,1% que refere ter problemas. No que concerne à audição, 62,1% refere não ter dificuldades enquanto 37,9% menciona dificuldades.

Tabela 10: Visão e audição

	Bem		Com dificuldade	
	n	%	n	%
Consegue ver	33	56,9	25	43,1
Consegue ouvir	36	62,1	22	37,9

No que à utilização do telefone diz respeito (Tabela 11), podemos constatar que 60,3% refere conseguir utilizar o telefone sem ajuda, havendo 6,9% da amostra que o consegue utilizar com dificuldade, de referir uma grande percentagem 32,8% que não consegue utilizar o telefone.

Tabela 11: Utilizar telefone

	Sim		Com dificuldade		Não	
	n	%	N	%	n	%
Utilizar o telefone	35	60,3	4	6,9	19	32,8

Quando avaliada a dificuldade em fazer-se entender (Tabela 12), 87,9% diz não ter dificuldades em se fazer entender, sendo mencionado por 8,6% dificuldades com algumas pessoas e dificuldade considerável com todas as pessoas por 3,4% da amostra.

Tabela 12: Dificuldade fazer-se entender

	Não		Dificuldade com algumas pessoas		Dificuldade considerável com todas as pessoas	
	n	%	n	%	n	%
Dificuldade fazer-se entender	51	87,9	5	8,6	2	3,4

Dominio 2: Cuidar de si (autocuidado):

Remete-nos para questões relacionadas com o autocuidado.

Podemos constatar pela análise da Tabela 13 que 70,7% cuida da aparência pessoal de forma autónoma havendo no entanto 29,3% que precisa de ajuda para o fazer. No que ao vestir diz respeito, 1,7% não o consegue fazer, 31% fá-lo com ajuda e 67,2% é autónomo na sua realização.

No que concerne ao alimentar-se, 91,4% dos inquiridos alimenta-se sem ajuda havendo 8,6% que o faz com ajuda.

Da amostra 19% necessita de ajuda para lavar as mãos e a cara enquanto 81% o faz sem ajuda. Na utilização da banheira ou duche 75,9% refere necessitar de ajuda enquanto 24,1% menciona não necessitar de ajuda. Referido por 8,6% não conseguir utilizar a sanita, 22,4% usa-a com ajuda e 69% utiliza-a sem ajuda.

Tabela 13: Cuidar de si (autocuidado)

	Não consegue		Com ajuda		Sem ajuda	
	n	%	n	%	N	%
Cuidar da aparência pessoal			17	29,3	41	70,7
Vestir-se	1	1,7	18	31	39	67,2
Lavar as mãos e a cara			11	19	47	81
Utilizar a banheira ou duche			44	75,9	14	24,1
Alimentar-se			5	8,6	53	91,4
Utilizar a sanita	5	8,6	13	22,4	40	69

São ainda avaliados neste domínio os acidentes com os intestinos e com a bexiga (Tabela 14). Assim temos que da totalidade da amostra 56,9% refere não ter acidentes com a bexiga, 27,6% menciona acidentes ocasionais e 15,5% acidentes frequentes.

Quanto aos acidentes com os intestinos 77,6% refere não ter acidentes, 19% alude a acidentes ocasionais e 3,4% a acidentes frequentes.

Tabela 14: Cuidar de si (autocuidado) - acidentes

	Não tem acidentes		Acidentes ocasionais		Acidentes frequentes	
	n	%	N	%	n	%
Acidentes com os intestinos	45	77,6	11	19	2	3,4
Acidentes com a bexiga	33	56,9	16	27,6	9	15,5

Ainda no domínio do cuidar de si, é avaliada a capacidade de realizar as tarefas domésticas e a de preparar as refeições. No que diz respeito à realização das tarefas domésticas 46,6% não as consegue realizar, 41,4% precisa de ajuda e 12,1% fá-lo autonomamente. Na preparação das refeições, 51,7% diz fazê-lo com ajuda, 19% não consegue prepará-las e 29,3% prepara-as com ajuda.

Domínio 3: Mobilidade:

Este domínio remete-nos para questões relacionadas com a mobilidade; 62,1% deslocam-se em casa com ajuda (ajudas técnicas) havendo 3,4% que o faz numa cadeira de rodas sem ajuda, temos ainda uma grande percentagem (34,5%) que o faz sem ajuda. Nenhum elemento da amostra se encontrava acamado (Tabela 15).

Tabela 15: Mobilidade

	Com ajuda		Sem ajuda		Numa cadeira de rodas sem ajuda		Acamado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deslocar-se dentro de casa	36	62,1	20	34,5	2	3,4	0	0

Para se deslocar da cama para a cadeira 53,4% dos participantes refere não precisar de ajuda, 3,4% diz não conseguir fazê-lo havendo 43,1% que o faz com ajuda. Para subir e

descer as escadas 20,7% necessita de ajuda e 41,4% fá-lo autonomamente, havendo uma grande percentagem (37,9%) que o não consegue fazer.

Nas deslocações no exterior 41,4% precisa de ajuda para o fazer, enquanto 29,3% o faz sem ajuda e o mesmo valor (29,3%) é alcançado pelos que referem não o conseguir fazer. No que à ida às compras diz respeito, 60,3% refere não o conseguir fazer, 25,9% fá-lo com ajuda e 13,8% realiza-o com independência. Para deslocar-se a serviços 58,6% refere dificuldades, 31% não o consegue fazer e 10,3 fá-lo sem ajuda (Tabela 16).

Tabela 16: Mobilidade (continuação)

	Não consegue		Com ajuda		Sem ajuda	
	n	%	n	%	n	%
Deslocar-se da cama para a cadeira	2	3,4	25	43,1	31	53,4
Subir e descer escadas	22	37,9	12	20,7	24	41,4
Andar no exterior	17	29,3	24	41,4	17	29,3
Ir às compras	35	60,3	15	25,9	8	13,8
Deslocar-se a serviços públicos	18	31	34	58,6	6	10,3

Neste domínio é ainda avaliada a existência de problemas com os pés, com base nos resultados podemos constatar que 86,2% da amostra não tem problemas havendo 13,8% que refere a existência dos mesmos (Tabela 17).

Tabela 17: Mobilidade - problemas com os pés

	Sim		Não	
	N	%	n	%
Problemas com os pés	8	13,8	50	86,2

É também avaliada a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, os dados evidenciam que 70,7% da amostra as nega, 24,1% refere uma queda enquanto 5,2% refere duas ou

mais quedas (Tabela 18). O grau de risco de quedas dá-nos uma média de 1,8 pontos, que representa um risco reduzido de queda.

Tabela 18: Mobilidade - quedas

	Não		Uma vez		2 ou mais vezes	
	n	%	n	%	n	%
Caiu últimos 12 meses	41	70,7	14	24,1	3	5,2

Dominio 4: Segurança:

Quando questionados sobre a sua segurança, 96,6% refere sentir-se seguro dentro de casa (estrutura residencial) e 3,4% diz que não se sente seguro. Também fora de casa 86,2% menciona sentir-se seguro e 13,8% não se sentir.

Quando questionados sobre terem-se sentido ameaçados ou assediados por alguém 84,5% responde negativamente e 15,5% responde de forma positiva. Questionados sobre sentirem-se discriminados, é referido por 91,4% nunca se ter sentido discriminado enquanto 8,6% refere sentir-se discriminado. 91,4% diz ter alguém que possa ajudar em caso de doença ou de emergência e 8,6% diz não ter essa ajuda (Tabela 19).

Tabela 19: Segurança

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sente-se seguro dentro da sua casa	56	96,6	2	3,4
Sente-se seguro fora da sua casa	50	86,2	8	13,8
Alguma vez se sentiu ameaçado ou assediado por alguém	9	15,5	49	84,5
Sente-se discriminado(a) por alguma razão	5	8,6	53	91,4
Tem alguém que possa ajudar	53	91,4	5	8,6

Dominio 5: Local de residência e finanças:

Ao avaliarmos a satisfação com o local de residência verificamos que 89,7% refere satisfação com o local de residência enquanto 10,3% refere insatisfação.

A gestão do dinheiro e dos assuntos financeiros é feita autonomamente por 36,2% da amostra enquanto 63,8% não o faz (feito por família ou estrutura residencial). Quando questionados se gostariam de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios 94,8% refere não querer e 5,2% responde afirmativamente.

Dominio 6 Manter-se saudável:

Neste domínio são avaliadas questões referentes ao estilo de vida adotado, no presente momento de vida, visando a promoção da saúde. Assim, quando questionados sobre a prática de exercício físico (aqui entendido como as atividades desenvolvidas com a psicomotricista) 65,5% refere não o fazer, havendo no entanto 35,5% que respondem fazê-lo (Tabela 20).

Tabela 20: Prática exercício físico

	Não		Sim	
	n	%	n	%
Prática exercício físico	38	65,5	20	34,5

Questionados se ficam com falta de ar durante as atividades normais, 58,6% responde negativamente enquanto 41,4% responde afirmativamente.

A totalidade dos participantes nega, na altura, hábitos tabágicos e a ingestão de bebidas alcoólicas. 72,4% dos participantes referem verificar a tensão arterial enquanto 27,6% não o faz. O cumprimento do PNV é confirmado por 53,4% enquanto 46,6% não o cumpre (Tabela 21).

Tabela 21: Manter-se saudável

	Não		Sim	
	n	%	n	%
Fica com falta de ar	34	58,6	24	41,4
Fuma tabaco	58	100	0	0
Bebe demasiadas bebidas alcoólicas	58	100	0	0
Tensão arterial verificada	16	27,6	42	72,4
Vacinação em dia	27	46,6	31	53,4

Dos resultados obtidos neste domínio podemos ainda observar que 81% dos participantes referem não ter qualquer tipo de preocupação com o peso, 17,2% preocupa-se com o excesso de peso e 1,7% com a perda de peso.

Domínio 7 – Saúde Mental e Bem-Estar:

Aqui são colocadas questões referentes à saúde mental e ao bem-estar dos participantes. Quanto à capacidade de realizar atividades de lazer, 58,6% refere manter capacidade para as realizar, no entanto há uma grande percentagem (41,4%) que refere não manter capacidade para as realizar.

É referido por 15,5% dos utentes ter sofrido uma perda ou ter estado de luto, enquanto 84,5% nega perda ou luto. Questionados se tiveram problemas em dormir no mês passado 60,3% responde afirmativamente e 39,7% negativamente.

Da amostra, 31% refere sentir-se incomodada por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado enquanto 69% nega esses sentimentos. Revelado ainda por 10,3% pouco interesse e prazer em realizar qualquer atividade, enquanto 89,7% mantém esse interesse. Quando inquiridos sobre preocupações relativas a perdas/falhas de memória ou esquecimentos 86,2% referiram não as ter e 13,8% refere tê-las (Tabela 22).

Tabela 22: Saúde Mental e Bem-Estar

	Não		Sim	
	n	%	n	%
Realizar atividades de lazer	24	41,4	34	58,6
Sofreu perda ou esteve de luto	49	84,5	9	15,5
Problemas em dormir	23	39,7	35	60,3
Sentir-se em baixo, deprimido ou desesperado	40	69	18	31
Pouco interesse em fazer coisas	52	89,7	6	10,3
Preocupação com perdas/falhas de memória	50	86,2	8	13,8

Relativamente à solidão, 39,7% dos participantes referem nunca se sentirem sós, segue-se a opção “por vezes” com um valor de 17,2%, temos depois “raramente” e “frequentemente” ambas com 15,5%. De referir ainda 12,1% da amostra que mencionam sentir-se sempre sozinhos. Podemos assim concluir que 60,3% dos participantes fazem referência à solidão (Tabela 23).

Tabela 23: Sente-se sozinho

	Nunca		Raramente		Por vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sente-se sozinho	23	39,7	9	15,5	10	17,2	90	15,5	7	12,1

A perceção que têm quanto à sua saúde obtém maior valor no ponto “razoável” (36,2%), as opções “fraca” e “muito boa” obtêm ambas o valor de 20,7% e 3,4% considera ter uma saúde excelente (Tabela 24).

Tabela 24: Saúde

	Excelente		Muito boa		Boa		Razoável		Fracá	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Saúde	2	3,4	12	20,7	11	19	21	36,2	12	20,7

No que concerne às dores corporais 19% refere não sentir qualquer tipo de dor, 8,6% refere dores muito suaves, valor igualmente alcançado na opção dores fortes, 31% refere dores suaves e 32,8% dores moderadas. Podemos assim referir que 81% dos participantes refere algum tipo de dor (Tabela 25).

Tabela 25: Dores corporais

	Não		Sim, muito suaves		Sim, suaves		Sim, moderadas		Sim, fortes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dores corporais	11	19	5	8,6	18	31	19	32,8	5	8,6

A partir dos resultados obtidos nos domínios anteriores torna-se possível calcular o grau de (in)dependência, o grau de risco de falha na prestação de autocuidado e o grau de risco de quedas, que apresentamos de seguida:

Grau de (In)dependência, os valores obtidos podem variar entre 0 e 100, sendo que, quanto maior o valor alcançado maior o grau de dependência e vice-versa.

Da análise dos resultados obtidos verificamos que a média do grau de (in)dependência dos participantes é de 39,3 pontos. Nenhum dos elementos da amostra conseguiu o valor zero em todas as questões (valor que podemos considerar como de quase total independência), sendo que o score mínimo encontrado foi de 2 (muito próximo da total independência), por outro lado o valor máximo também não foi atingido, sendo que o score máximo alcançado foi de 87 (valor que podemos considerar como ilustrativo de dependência considerável nos cuidados) (Tabela 26).

Tabela 26: Resultados Grau de (in)dependência

	Mínimo	Máximo	Média
Grau (in)dependência	2	87	39,3

Da análise dos dados por nós obtidos podemos concluir que existem questões como utilizar o telefone; manter aspeto cuidado; vestir; alimentar-se; acidentes com a bexiga; acidentes com os intestinos; usar a sanita; deslocar-se da cama para a cadeira em que mais de metade da amostra refere não haver problemas.

A preparação das refeições é uma atividade em que mais de metade da amostra refere dependência, sendo que 51,7% refere alguma dependência e 19% total dependência. Deslocar-se dentro de casa é uma atividade em que 62,1% refere dependência moderada, havendo 37,9% que o consegue fazer de forma autónoma. Para a atividade deslocar-se a serviços públicos 58,6% refere dependência moderada enquanto 31% refere total dependência.

Por outro lado, ser capaz de tomar os medicamentos foi a atividade em que um maior número de participantes (82,8%) referiu maior dependência, logo seguida do tomar banho/duche com 75,9%; de referir ainda gerir as finanças em que 63,8% refere total dependência.

No que concerne aos acidentes com a bexiga e intestinos podemos verificar que mais de metade da amostra não apresenta problemas, havendo maior percentagem que refere problemas/dependência no que aos acidentes com a bexiga diz respeito (Tabela 27).

Tabela 27: Grau de (in)dependência

	Sem ajuda %(score)	Com ajuda %(score)	Incapaz %(score)	Scores	
				Máximo	Mínimo
É capaz de utilizar o telefone	60,3% (0)	6,9% (2)	32,8% (3)	3	0
É capaz de manter o aspeto cuidado	70,7% (0)	29,3% (5)	-	5	0
É capaz de vestir-se	67,2% (0)	34% (4)	1,7% (6)	6	0
É capaz de tomar banho/duche	24,1% (0)	75,9% (5)	-	5	0

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

É capaz de fazer as tarefas domésticas	12,1% (0)	41,4% (2)	46,6% (3)	3	0
É capaz de preparar refeições	29,3% (0)	51,7% (2)	19% (5)	5	0
É capaz de alimentar-se	91,4% (0)	8,6% (3)	-	8	0
É capaz de tomar medicamentos	15,5% (0)	82,8% (2)	1,7% (4)	4	0
É capaz de utilizar a sanita	69% (0)	22,1% (4)	8,6% (7)	7	0
É capaz de deslocar-se da cama para a cadeira	53,4% (0)	43,1% (4)	3,4% (7)	7	0
Consegue deslocar-se dentro de casa Com cadeira de rodas mas sem ajuda	34,5% (0) 3,4% (5)	62,1% (7)	-	8	0
É capaz de subir e descer escadas	41,4% (0)	20,7% (2)	37,9% (4)	4	0
É capaz de andar no exterior	29,3% (0)	41,4% (3)	29,3% (6)	6	0
É capaz de ir às compras	13,3% (0)	25,9% (2)	60,3% (4)	4	0
É capaz de deslocar-se a serviços públicos	10,3% (0)	58,6% (2)	31% (5)	5	0
É capaz de gerir as finanças	36,2% (0)	-	63,8% (4)	4	0
	Não tem	Sim, ocasionalmente	Tem frequentemente		
Acidentes com a bexiga	56,9% (0)	27,6% (6)	15,5% (8)	8	0
Acidentes com os intestinos	77,6% (0)	19% (6)	3,4% (8)	8	0

Grau de Risco de Falha na Prestação de Autocuidado, a pontuação varia entre os 0 e 12 pontos, correspondendo valores mais elevados ao aumento do risco.

A média dos participantes é de 4,1. O valor zero em todas as questões (valor que podemos considerar como de ausência de risco) foi atingido por um idoso, por outro lado o valor máximo não foi conseguido, sendo que o score máximo alcançado foi de 8 (valor que podemos considerar como indicativo de risco significativo de falha no cuidado) (Tabela 28).

Tabela 28: Resultados Grau de risco falha cuidado

	Mínimo	Máximo	Média
Grau risco falha do cuidado	0	8	4,1

As questões indicativas de maior risco de falha de cuidado são a presença de dores que abrange 81% da amostra; segue-se tomar banho em que 75,9% apresenta falha no cuidado. Também considerar a saúde razoável ou fraca é uma questão que abrange mais de metade da população (56,9%) podendo assim ser preditivo de risco aumentado de falha do cuidado da população estudada; 43,1% referem ter acidentes com a bexiga, valor que representa cerca de metade da população estudada e que podemos por isso considerar como prenunciador de falha de cuidado.

Da amostra considerada 8,6% apresenta baixo risco de falha do cuidado na questão alimentar-se; 10,3% na questão do apresentar pouco interesse ou prazer em fazer coisas e 13,8% na questão da perda de memória,

A questão que menos contribui para aumentar o risco da falha do cuidado é a que se refere à preocupação com a perda de peso a que somente 1,7% da amostra faz referência (Tabela 29).

Tabela 29: Risco de Falha do Cuidado

Risco de Falha do Cuidado (Total de 12)				
Indicador de risco	Sim	Não	Scores	
	% (score)	% (score)	Máximo	Mínimo
Precisa de ajuda a vestir-se	31% (1)	69% (0)	1	0
Precisa de ajuda a tomar banho	75,9% (1)	24,1% (0)	1	0
Precisa de ajuda a alimentar-se	8,6% (1)	91,4% (0)	1	0
Precisa de ajuda para usar a sanita	22,4% (1)	77,6% (0)	1	0
Tem acidentes com a bexiga	43,1% (1)	56,9% (0)	1	0
Alguma queda nos últimos 12 meses	29,3% (1)	70,7% (0)	1	0
Preocupações com perda de peso	1,7% (1)	98,3% (0)	1	0
Saúde em geral razoável ou fraca	56,9% (1)	43,1% (0)	1	0
Muitas dores corporais no último mês	81% (1)	19% (0)	1	0
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	31% (1)	69% (0)	1	0
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	10,3% (1)	89,7% (0)	1	0
Perda de memória ou esquecimentos	13,8% (1)	86,2% (0)	1	0

Grau de Risco de Quedas, como nos pontos anteriores, um maior valor corresponde a um maior risco de quedas. A média obtida pelos participantes é de 1,8 pontos o que representa um reduzido risco de queda. O valor zero em todas as questões (valor em que podemos considerar haver ausência de risco) foi atingido por 18,9% dos participantes. O valor máximo (8) não foi conseguido, sendo que o score máximo alcançado foi o 6

(valor que podemos considerar como significativo de risco elevado de quedas) referindo-se apenas a um idoso (1,7%) (Tabela 30).

Tabela 30: Resultados Grau de risco de quedas

	Mínimo	Máximo	Média
Grau risco quedas	0	6	1,8

Da análise dos resultados podemos salientar a dificuldade em ver e em deslocar-se (da cama para a cadeira), como fatores preditivos de aumento de risco de quedas, referido por 43,1% dos participantes.

Podemos ainda referir como fatores com menor influencia no risco de queda a falta de segurança no domicílio a que 3,5% faz referência, assim como a ingestão excessiva de álcool negado pela totalidade da amostra. Verificamos que 29,3% refere ter experimentado uma ou mais quedas no último ano e 27,6% é incapaz de sair de casa.

Sendo 3 o valor a partir do qual é considerado haver elevado risco de quedas, podemos referir que na nossa amostra 15,5% chegaram ao valor 3; 10,3% perfizeram o valor 4, o que conjuntamente com 1,7% que atingiu o valor 6 nos permite afirmar que 27,5% da população apresenta risco elevado de quedas. A restante população distribui-se entre os valores 2 (27,6%), 1 (25,9%) e zero (18,9%) (Tabela 31).

Tabela 31: Risco de Quedas

Risco de Quedas (Total de 8)				
Indicador de risco	Sim % (score)	Não % (score)	Scores	
			Máximo	Máximo
Tem dificuldade em ver	43,1%. (1)	56,9%. (0)	1	0
Dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira)	43,1%. (1)	56,9%. (0)	1	0
Problemas com os seus pés	13,8%. (1)	86,2%. (0)	1	0
Uma ou mais quedas no último ano	29,3%. (1)	70,7%. (0)	1	0
Incapaz de sair de casa	27,6%. (1)	72,4%. (0)	1	0
Falta de segurança no domicílio	3,5%. (1)	96,5%. (0)	1	0
Falta de segurança fora de casa	13,8%. (1)	86,2%. (0)	1	0
Ingestão excessiva de álcool.	0 %. (1)	100%. (0)	1	0

Após a análise dos resultados foram identificados os problemas:

- **Percepção de perda** do papel social e familiar, de familiares e amigos, da saúde, da autonomia;
- **Dependência**, inerente à perda de capacidades e autonomia;
- Sentimentos de **solidão**, referidos por 60,3% da amostra;
- Presença de **dor**, 81% da amostra refere algum tipo de dor;
- **Percepção de saúde negativa**, os problemas de saúde tendem a tornar-se mais evidentes com a idade, 56,9% da amostra considera a sua saúde “razoável” /” fraca”.

De acordo com a metodologia do planeamento em saúde, depois de identificadas as necessidades e problemas da população alvo, deve ocorrer um processo de tomada de decisão, procedendo-se à hierarquização dos problemas e definindo-se aqueles cuja solução deve ser prioritária.

Assim, e visando a consensualização do diagnóstico foram apresentados e discutidos os resultados do mesmo, na USP e na estrutura residencial para idosos onde foi implementado o projeto. Procedeu-se posteriormente à seleção de prioridades, tendo-se evidenciado como alvo prioritário da nossa intervenção as questões da solidão da dependência e perda de autonomia.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Depois de elaborado o diagnóstico de situação em que foram analisados os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados, decorreu uma reunião entre a mestranda, as orientadoras e a equipa técnica da estrutura residencial de que emergiram como problemas prioritários a **perceção de perda** do papel social e familiar, de familiares e amigos, da saúde, da autonomia; **dependência**, inerente à perda de capacidades e autonomia; sentimentos de **solidão**.

De acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde, depois de executado o diagnóstico de situação e hierarquizadas as prioridades é chegada a altura de definir os objetivos. Segundo Imperatori e Giraldes (1992) esta fase corresponde à elaboração do enunciado do resultado desejado em relação aos problemas definidos como prioritários, pretendendo assim contrariar a natureza da sua evolução. Só se estes forem fixados de forma quantificada e precisa é que se torna possível efetuar uma avaliação dos resultados obtidos com a consumação do plano traçado. Segundo Tavares (1990) os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis, possibilitando posteriormente uma correta avaliação dos mesmos.

São vários os estudos que abordam o envelhecimento, este representa novos desafios para os profissionais de saúde obrigando-os a desenvolver estratégias de intervenção que dêem resposta às suas necessidades específicas. Assim torna-se relevante que os idosos procurem ter como meta um estilo de vida ativo, procurando atividades que lhes dêem prazer, alegria e satisfação. A participação nestas atividades tem consequências ao nível da dependência permitindo aumentar a autonomia e têm ainda consequências na esperança e na qualidade de vida.

Perante os problemas identificados definimos como **objetivo geral**: “*Promover o envelhecimento ativo nos indivíduos com 65 anos ou mais, residentes numa estrutura residencial do concelho de Évora, até julho de 2019.*”

Para tal foram definidos como **objetivos específicos**:

- *Identificar a perceção de saúde e qualidade de vida dos residentes na estrutura residencial*

O envelhecimento ativo implica a promoção da saúde mediante estilos de vida saudável compreendendo atividade física e mental, alimentação saudável, vida afetiva e relações sociais equilibradas. Não podemos, no entanto, esquecer que as experiências de vida de cada indivíduo assim como a diversidade inerente à idade e ao estado de saúde são fatores que influenciam/determinam a forma como cada um vivencia cada momento. Torna-se por isso pertinente conhecer a percepção que cada um tem da sua qualidade de vida bem como da sua saúde para a partir daí delinear atividades que contribuam para promover a saúde dessa população.

Segundo a OMS (2005) o envelhecimento ativo é um processo que visa a melhoria das oportunidades para a saúde, participação e segurança, e que tem como consequências o aumento da esperança de vida e da sua qualidade à medida que as pessoas envelhecem, tornando-se para tal pertinente que as pessoas que estão na terceira idade procurem ter um estilo de vida ativo. Tal implica procurar atividades que lhes dêem prazer, alegria, e satisfação, facilitando assim a sua participação nas mesmas

- *Aumentar em 10% o número de idosos que pratica exercício físico*

O envelhecimento é habitualmente visto como uma etapa de vida em que se verifica uma progressiva dependência funcional, que conduz à existência de limitações nas atividades de vida como a alimentação, a higiene pessoal, mobilidade, nas tarefas domésticas, toma de medicação e assuntos administrativos. É referido pelos idosos o receio de que a institucionalização aumente esta dependência funcional e consequentemente torne difícil a conservação da autonomia (Carrilho, Gameiro, & Ribeiro, 2015).

O processo de envelhecimento está subordinado a perdas importantes ao nível das capacidades físicas, daí resulta o decréscimo da capacidade funcional e da independência na realização das atividades básicas de vida (Silva, Barbosa, Castro, & Noronha, 2013). Estas perdas, no entanto, variam de indivíduo para indivíduo e podem ser minoradas com a prática de exercício físico que influencia a saúde cardiovascular, para além dos aspetos sociais e psicológicos (Camões, et al., 2016) ideia corroborada por outros autores, que nos dizem que a prática de exercícios físicos, pelos idosos, de forma regular aumenta a qualidade de vida dos mesmos, quando comparamos com idosos sedentários, em consequência da perda de massa muscular verificado ao longo dos anos (Santos & Júnior, O Idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a

qualidade de vida na terceira Idade, 2014). Por tudo isto surge este objetivo pretendendo-se manter e melhorar a capacidade física, coordenação motora (capacidade funcional) e capacidade cognitiva através das atividades propostas.

- *Fomentar o relacionamento interpessoal entre os idosos residentes na estrutura residencial*

Os idosos reduzem a sua participação na sociedade, podendo daí advir sentimentos de solidão e desprestígio no domínio da integração familiar e social (Castro & Amorim, 2016). A institucionalização dos idosos, leva na maioria das vezes, a que haja necessidade destes se adaptarem a novas rotinas, à partilha do ambiente pessoal para além de deixarem de viver próximo dos seus familiares (Souza, et al., 2013) podendo daí advir sentimentos de solidão responsáveis pela depressão associada ao isolamento social (Batista, et al., 2014).

Assim, a referência à solidão aparece quando o indivíduo considera que as suas relações sociais não são suficientes, podendo ser consequência da perda dos entes queridos ou por sentimentos de exclusão de laços sociais, torna-se por isso relevante fomentar o relacionamento entre os idosos, sendo para tal desenvolvidas atividades de grupo que contribuem ainda para desenvolver as capacidades físicas e intelectuais.

Quanto mais independentes forem os idosos maior a procura de atividades de lazer, funcionando estas como forma de fugir à solidão assim como forma de usufruir do tempo livre (Josino, Costa, Vasconcelos, Dominicano, & Brasileiro, 2015), contribuindo dessa forma para aumentar a autoestima e o estado de saúde (Lopes, Araújo, & Nascimento, 2016). Pretendemos com as atividades propostas quebrar o isolamento e fomentar o relacionamento interpessoal com vista à diminuição do isolamento.

- *Promover a mobilização e envolvimento da equipa multiprofissional da estrutura residencial nas atividades planeadas no decorrer da implementação do projeto*

Como referido na Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017), apesar de vivermos cada vez mais tempo, a qualidade dos anos de vida ganhos é algo com potencial para melhorar.

Podemos assim dizer que o envelhecimento é uma problemática transversal que representa novos desafios para os profissionais de saúde obrigando-os a desenvolver

estratégias de intervenção que dêem resposta às suas necessidades específicas, devendo para tal ser proporcionadas atividades que dêem prazer, alegria e satisfação.

Torna-se por isso pertinente o desenvolvimento de projetos que procurem dar resposta às necessidades sentidas pelas populações, aqui e perante a população com que trabalhamos, o envolvimento da equipa técnica desta estrutura residencial permitirá dar continuidade a algumas das atividades desenvolvidas assim como produzir/adaptar outras com vista à obtenção de ganhos para a saúde destes utentes, promovendo-se assim o envelhecimento ativo nesta população.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Quando da preparação operacional do projeto torna-se necessário definir as atividades a incrementar de forma a alcançar os objetivos traçados. Segundo Tavares (1990, p.169),

“cada actividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da actividade; se possível: o objectivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da actividade.”

permitindo assim uma clarificação destas atividades.

Foram planeadas as atividades, definidas as diversas metodologias, metas e indicadores de avaliação (Apêndice IV). Após o seu planeamento e numa primeira fase, estas foram expostas e debatidas com as enfermeiras supervisoras e com a professora orientadora, sendo também alvo de atenção o tempo, espaço e recursos necessários para cada uma delas; numa fase posterior foram também discutidas com a equipa da estrutura residencial para idosos, permitindo a sua colaboração e envolvimento no projeto. Após estas reuniões, todas as atividades foram aprovadas por todos os participantes.

Algumas atividades, pelo tempo necessário à sua consecução, foram desenvolvidas em vários dias, no sentido de promover a continuidade do trabalho realizado no decorrer das mesmas.

7.1. Fundamentação das Intervenções

Atividade 1 - Aplicação do questionário para conhecimento da população e das necessidades e limitações percecionadas

Depois de identificada a população com mais de 65 anos que cumpria os critérios de inclusão e visando a identificação das áreas percecionadas como áreas com necessidades e limitações, procedemos à aplicação do instrumento de colheita de dados *Easy-Care* no período de 1 a 12 de outubro. A aplicação do instrumento decorreu de acordo com o explanado no ponto 4.2.

Atividade 2 – Apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação e divulgação do Projeto Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Pretendendo envolver a equipa multidisciplinar da estrutura residencial, sensibilizando-a para a pertinência do envelhecimento ativo, no dia 18 de outubro foram apresentados os resultados obtidos no diagnóstico de situação. Foi ainda apresentado o projeto “Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado”. Esta atividade decorreu na estrutura residencial para idosos tendo contado com a presença das Enfermeiras da USP. Estiveram presentes 2 dos 4 elementos da equipa técnica da estrutura residencial, alcançando assim um indicador de avaliação de 50%

No decorrer desta atividade e a partir dos resultados obtidos no diagnóstico de situação, foram identificados os problemas prioritários, definidas estratégias de intervenção e apresentadas e discutidas as atividades planeadas. Decorreram depois reuniões com parceiros que permitiram determinar as atividades a desenvolver. De referir que no decorrer do projeto pudemos ainda contar com mais parcerias que se irão manter após término do nosso estágio.

Atividade 3 – Sessão de apresentação e divulgação do projeto à população alvo
Constituindo a divulgação uma iniciativa primordial para o sucesso de implementação de um projeto e procurando motivar os idosos a participar, decorreu na sala de convívio da estrutura residencial, a 31 de outubro, uma sessão de apresentação e divulgação do projeto dirigida aos idosos dessa estrutura. Esta foi divulgada através da elaboração e exposição de um cartaz (Apêndice V) em várias salas da estrutura residencial. Esta atividade foi desenvolvida pela mestrandia. Os idosos presentes nesta sessão mostraram-se motivados e empenhados em participar nas atividades apresentadas. Num total de 58 idosos que responderam ao questionário pudemos contar com a presença de 23 o que nos dá um indicador de avaliação de 39,6%.

Atividade 4 – Ateliê de Dança

Esta atividade repetiu-se ao longo do projeto, pretendeu-se com a mesma aliar recreação com atividade física, exercitar o corpo e a mente melhorando capacidades cognitivas e a aptidão física. Pretendemos reforçar laços e relações, diminuindo o isolamento e sentimentos de depressão. Com esta atividade tencionámos melhorar a autonomia dos participantes assim como aumentar a auto-estima e quebrar o isolamento. Esta atividade foi dinamizada pelo professor de dança e na sua ausência pela psicomotricista, a

mestranda tinha um papel de coordenação, participava/colaborava na atividade e mobilizava os idosos no sentido de participarem na mesma.

Esta foi uma atividade que podemos dizer foi bem conseguida, a que muitos idosos aderiram. Com propostas de movimento adaptadas às limitações dos participantes, desenvolvida por um professor de dança e na sua ausência pela psicomotricista. Todas as vezes em que esta atividade se repetiu foi evidente a participação e interação dos presentes, foi notória a adesão à atividade assim como o interesse pela mesma, querendo um maior número de repetições. O total de participantes variou entre os 18 e os 25 idosos, o que dá um indicador de avaliação com uma média de 35,17%.

Salientamos que esta atividade trouxe uma nova abordagem ao trabalho desenvolvido pela psicomotricista com os idosos. De referir ainda que terá continuidade a parceria com o professor de dança para além de desta ter decorrido nova parceria com um estabelecimento de ensino do concelho de Évora, que implicará o desenvolvimento desta atividade pelos idosos e crianças em conjunto, proporcionando também a relação intergeracional. Decorrente desta parceria entre professor de dança, estabelecimento de ensino e estrutura residencial ocorreu, além das sessões planeadas, uma sessão em que a atividade foi desenvolvida pelos idosos e pelas crianças em conjunto sob a orientação do professor de dança, também aqui foi notória a adesão dos idosos.

Atividade 5 – Cantinho da costura

Tendo como objetivo desenvolver a motricidade, criatividade e trabalho de grupo, surgiu esta atividade. Permitiu ainda evitar a solidão e a depressão promovendo as relações sociais entre os participantes; desenvolver a motricidade e precisão manual, aumentar a autoestima e autovalorização. Esta foi uma atividade que se repetiu ao longo do projeto, nas primeiras sessões foi construído o logotipo do projeto pelos idosos (Apêndice VI). Inicialmente estava prevista a realização de uma “manta de retalhos” – **Retalhos da nossa vida**, em que depois de cortado o tecido cada idoso era convidado a apresentar através de um desenho livre algo que ilustrasse a sua vida; no entanto face às limitações sentidas pelos idosos e após decisão entre os idosos, enfermeira mestranda e animadora sociocultural (que colaborou em algumas sessões), decidiu-se que a enfermeira e a animadora fariam desenhos que seriam pintados livremente pelos idosos. Verificou-se entusiasmo na realização desse trabalho, sendo notório o brio na sua

realização, foi evidente ainda o orgulho/satisfação com o trabalho final (este e de acordo com informação da Diretora Técnica será exposto na estrutura residencial) (Apêndice VII).

Após o término da “manta de retalhos”, foi proposta ao grupo a realização da **Almofada do Coração**, esta surge como uma ajuda na recuperação das mulheres que passaram pela mastectomia. Ao servir de apoio para os braços, garante mais conforto à utente; além disso, ao contribuir para que o braço fique na posição correta, minimiza as dores musculares. Ao propormos esta tarefa foi notória muita motivação por parte dos intervenientes, sensibilizados com a ação e intuito da mesma. O facto de os idosos poderem desempenhar esta tarefa fez com que se sentissem úteis ao poderem contribuir para o bem-estar de outros além de lhes permitir participar socialmente nas questões dos nossos dias (dever de cidadania/integração na sociedade). De referir que estas almofadas foram entregues pelos idosos no dia 4 de fevereiro, assinalando o Dia Mundial de Luta Contra o Cancro, na Liga Portuguesa Contra o Cancro (HESE). O total de participantes variou entre os 5 e os 6 idosos, o que dá um indicador de avaliação com uma média de 10,12%.

De referir que no âmbito desta atividade e face à resposta dos idosos no contexto da construção da Almofada do Coração continuarão a ser desenvolvidos trabalhos/projetos de solidariedade com a parceria de uma artista (convidada/voluntária a título particular da Fundação Eugénio de Almeida) e com a animadora sociocultural da estrutura residencial.

Atividade 6 – Ateliê de exercício físico

Face às características da população para a qual esta atividade era direcionada, optou-se pelo Bóccia adaptado. Pretendeu-se com esta atividade promover a prática de atividade física, fomentar o relacionamento interpessoal e diminuir o isolamento/solidão. Com vista a aumentar o interesse e a participação foi intruduzido um momento inicial com música e mobilizações que funcionava como “aquecimento”. Esta atividade foi dinamizada pela psicomotricista, a mestranda coordenava, participava/colaborava na atividade e mobilizava os idosos no sentido de participarem na mesma.

Apesar de nas sessões iniciais podermos contar com a presença de um total de participantes variável entre os 6 e os 8, esta atividade não ocorreu durante todo o

projeto, fomos confrontados com conflito de funções que não permitiram à psicomotricista estar presente em todas as sessões, o espaço e o horário, sendo os possíveis também eles funcionaram como entraves ao desenvolvimento desta atividade, a hora em que decorria a atividade era coincidente com o horário de visitas, estas ocorriam no espaço onde a atividade se desenvolvia, tal tornava inexecutável a sua realização.

Confrontados com estas adversidades foram pensadas outras estratégias que permitissem a continuação da atividade; pensou-se mudar o espaço, uma alternativa seria um espaço “aberto” /externo existente na estrutura, no entanto as condições climáticas adversas não permitiram que esta mudança ocorresse, a chuva e o frio passariam a ser os impeditivos para a realização da atividade. Outra alternativa seria a saída da estrutura residencial e desenvolver a atividade num espaço com as condições necessárias para tal, esta estratégia, face às características da população alvo, implicaria o uso de viaturas que não tínhamos disponíveis. Por todos estes motivos, apesar de se procurarem outras estratégias e soluções e, não obstante ser considerada importante quer pela equipa do projeto e técnica, quer pelos utentes e face à inexistência de alternativas de horário e espaço esta decorreu apenas até dezembro.

Esta foi, por tudo isto, uma atividade menos bem conseguida para a qual seria necessário mais tempo, que devia ter ocorrido noutro horário e noutro espaço e que talvez necessitasse de outra abordagem

Durantes as sessões que ocorreram o total de participantes variaram entre os 6 e os 8 idosos, o que dá um indicador de avaliação com uma média de 11,35%.

Atividade 7 – Encontro “Envelhecer Ativo”

Pretendendo divulgar e promover o trabalho realizado com vista a aumentar a auto-estima e auto-valorização dos idosos e ao mesmo tempo sensibilizar os participantes para a pertinência do envelhecimento ativo, realizou-se esta atividade. Esta atividade foi divulgada através da elaboração de um cartaz (Apêndice VIII) que ficou exposto em várias salas da estrutura residencial. Esta atividade decorreu em várias fases, numa primeira fase decorreu “aula de dança” (designação dada pelos idosos às sessões do ateliê de dança), em que os idosos participaram ativamente, depois desta era previsto os idosos oferecerem ao professor um trabalho por eles desenvolvido, tal não foi, no entanto, possível face à indisponibilidade deste se deslocar à estrutura residencial neste

dia. De seguida foi apresentado um pequeno filme que apresentava imagens das atividades desenvolvidas até ao momento, também aqui pudemos contar com disponibilidade e motivação dos idosos para assistirem ao mesmo, apesar de ser necessário mudar de espaço após a “aula de dança” estes não desmobilizaram e fizeram questão de assistir. Seguiu-se depois um lanche convivio. Foram ainda entregues fotografias recolhidas no decorrer das várias atividades com vista à sua exposição na estrutura residencial. Esta atividade acabou por permitir fazer um ponto da situação com os participantes e estimulá-los a continuarem a participar nas atividades.

Esta atividade foi desenvolvida pela mestranda que pôde contar com a preciosa ajuda da psicomotricista na dinamização da “aula de dança”. Os idosos presentes nesta sessão foram 18 o que nos dá um indicador de avaliação de 31,03%

7.2. Análise Reflexiva Sobre as Estratégias Acionadas

A seleção de estratégias é uma etapa fundamental no processo de planeamento em que se pretende criar o processo mais adequado visando atingir os objetivos estabelecidos, através da diminuição dos problemas prioritários. As estratégias definidas neste processo devem eliminar ou evitar obstáculos à concretização dos objetivos. (Imperator e Giraldes, 1992)

A seleção de estratégias é um processo facilitado quando o planificador tem um conhecimento aprofundado em relação à problemática. Este conhecimento é uma mais-valia ao possibilitar a análise do problema sobre várias perspetivas. A sua correta utilização é determinante na seleção de estratégias ao permitir uma análise custo-benefício ou de recursos disponíveis adequada. Isto é, ao conhecermos estratégias utilizadas em projetos semelhantes conseguimos identificar os principais obstáculos bem como a sua origem, permitindo definir estratégias alternativas. (Tavares, 1990)

Estando definidos os problemas prioritários a intervir e os objetivos e metas a alcançar, é chegada a altura de desenhar as estratégias mais adequadas. Para tal, ocorreu inicialmente uma reunião entre a enfermeira mestranda a enfermeira supervisora e as enfermeiras orientadoras. Os resultados obtidos no diagnóstico de situação, foram posteriormente apresentados em reunião que decorreu na estrutura residencial e em que estiveram presentes a equipa da mesma e as enfermeiras orientadoras, visando a

identificação em conjunto das melhores e mais eficazes estratégias a desenvolver. Por último, foram discutidas as estratégias selecionadas com a enfermeira supervisora e orientadoras do projeto.

As estratégias de intervenção, face às características da população envolvida no projeto, passam pela execução de diversas atividades com objetivo de promover o envelhecimento ativo dos idosos envolvidos no projeto. Estas atividades devem proporcionar o aumento da atividade; melhores relações interpessoais; melhor comunicação e diminuição da solidão; desenvolvimento da autonomia. Devem ainda possibilitar o envolvimento dos idosos (ativos e não ativos no projeto) sendo para tal direcionadas para diferentes níveis de autonomia/dependência.

Foram por isso definidas as seguintes estratégias:

**Envolvimento da equipa multidisciplinar da estrutura residencial no projeto de promoção do envelhecimento ativo dos idosos aí residentes*

**Criação de parcerias*

Podemos a estas acrescentar, além do envolvimento da equipa multidisciplinar da estrutura residencial, o envolvimento dos idosos e a divulgação do projeto através da apresentação do mesmo e publicação no livro de resumos no V Colóquio Luso Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais.

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (D.R. 2. S., 2018) é-nos dito que quando estabelecemos programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados devemos promover o trabalho em parceria/rede visando uma maior eficácia das intervenções. Para tal no nosso projeto estabelecemos contato com professor de dança, que além de estar presente no decorrer do projeto permitiu ainda o estabelecimento de parceria com um estabelecimento de ensino do concelho de Évora (o que permitirá ainda estabelecer relações intergeracionais), conseguimos assim que este mantenha parceria com a estrutura residencial para além da parceria com o estabelecimento de ensino que irá ter continuidade.

Face às necessidades referidas pela equipa técnica relacionadas com a inexistência de sessões de educação para a saúde, foi-nos ainda possível salvaguardar a garantia por parte da USP de assegurar essas sessões.

Mediante a resposta/vontade de desenvolver atividades cujo resultado contribua para ajudar os outros tendo assim oportunidade de terem um papel ativo na sociedade

foi ainda possível estabelecer uma parceria com uma Artista convidada/voluntária a título particular da Fundação Eugénio de Almeida no Projeto da Almofada do Coração (além de outros). Face às respostas obtidas, à continuidade que se prevê consideramos que esta foi uma estratégia pertinente para o projeto.

Pretendeu-se com estas estratégias e face aos problemas identificados que todos os atores deste projeto tivessem um papel na resposta aos mesmos.

7.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

A determinação dos recursos humanos e materiais é essencial. Da sua identificação dependerá o processo de planeamento (Tavares, 1990). Como garantia do sucesso das intervenções os recursos devem ser adequados às necessidades identificadas, uma vez que são fundamentais para a continuidade do projeto.

Para que seja possível a concretização deste projeto e cumpridos os objetivos delineados são necessários vários recursos. Podemos salientar os recursos humanos, sem o empenho e envolvimento destes a concretização deste projeto estaria em causa, temos assim como **recursos humanos**:

- *Professora Ermelinda Caldeira, docente na Universidade de Évora e orientadora do projeto;
- *Enfermeiras orientadoras, enfermeiras na USP Évora;
- *Mestranda;
- *Equipa multidisciplinar da USP Évora;
- *Diretora Técnica da estrutura residencial para idosos;
- *Equipa Multidisciplinar da estrutura residencial para idosos (animadora sociocultural, psicomotricista e psicóloga);
- *Familiares dos idosos;
- *Fotógrafa presente em algumas das atividades desenvolvidas;
- *Professor de dança, que colaborou no Ateliê de Dança;

Como **recursos materiais**:

- * Computador, impressora e data show;
- *Viatura automóvel;

- *Máquina fotográfica;
- *Material consumível (Cartolinas, folhas A4, canetas, lápis, etc.);
- *Materiais necessários à realização dos exercícios de educação física (bolas, raquete, cadeiras, etc.);
- *Todo o material inerente à preparação das atividades (tintas, cola, tecidos, pincéis, linhas, agulhas, etc.).

Podemos referir como **recursos físicos**:

- * Gabinete de enfermagem da USP de Évora;
- * Estrutura residencial para idosos e as várias salas onde nos foi possível desenvolver as atividades.

7.4. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados implica otimizar e maximizar os recursos necessários para o cumprimento das atividades inerentes a esses programas e projetos (D.R. 2. S., 2018), torna-se por isso necessário conhecer os recursos disponíveis na comunidade com vista ao estabelecimento de parcerias que permitam envolver o maior número de atores visando o sucesso do projeto. Para tal e no decorrer deste projeto foram contactadas várias entidades/elementos:

- USP Évora (colaborou na preparação e implemetação do projeto).
- Santa Casa da Misericórdia de Évora (que autorizou desenvolvimento do projeto numa das suas estruturas residenciais para idosos, colaborou na divulgação e impressão de cartazes).
- Investigadoras da Universidade de Aveiro (que nos disponibilizaram o questionário).
- Estabelecimento de ensino do concelho de Évora.
- Professor de dança.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (onde foram entregues as “Almofada do Coração” feitas pelos participantes do projeto; estes “trabalhos” irão ter continuidade com a presença de uma Artista convidada/voluntária a título

particular da Fundação Eugénio de Almeida, que se irá deslocar ao estabelecimento residencial).

- Artista convidada/voluntária a título particular da Fundação Eugénio de Almeida

Os contatos foram realizados pessoalmente, sendo depois formalizados através do envio de email onde era feita referência ao projeto, objetivos traçados e ao que era esperado com a parceria.

7.5. Análise da Estratégia Orçamental

Tornou-se necessário realizar uma análise orçamental para a previsão dos custos associados à implementação do projeto. A equipa multidisciplinar e os outros parceiros convidados a participar no projeto fizeram-no a título voluntário, não usufruindo de qualquer remuneração.

Assim os **recursos financeiros** inerentes ao projeto desenvolvido são apresentados na Tabela 32 que resume a estratégia orçamental deste projeto, com valores aproximados:

Tabela 32: Orçamento do projeto

RECURSO	ESPECIFICAÇÃO	CUSTO
Material consumível	Fotocópias	300,00€
	Folhas A4	50,00€
	Tinteiro impressora	80,00€
	Impressão do Poster	100,00€
	Cartolinas/Tintas	50,00€
	Canetas/Pincéis	20,00€
	Impressão de fotos	30€
Custos gerais	Eletricidade, internet, telefone	200€
Recursos humanos	Enfermagem	2000€
	Psicomotricista	1000€
	Psicóloga	1000€
	Técnica de animação sociocultural	1000€
	Professor de dança	200€
	Fotógrafa	200€
Combustíveis	Combustível (carro próprio)	500€

TOTAL	6730€
-------	-------

7.6. Cumprimento do Cronograma

O cronograma é uma ferramenta que ajuda a gerir o tempo do projeto ao determinar quando é que cada atividade deve ser iniciada e concluída, seguindo um encadeamento lógico e sequencial. Assim foi definido um cronograma detalhado onde apresentámos a etapas e intervenções inerentes a este projeto (Apêndice IX).

De referir que este projeto teve o seu início em abril de 2018 e deverá terminar em julho de 2019. Tornou-se necessário a fase do diagnóstico de situação ocorrer entre abril e o início de outubro de 2018, visto o parecer da Comissão de Ética só ter sido emitido em julho e face ao calendário escolar.

Tendo em conta a disponibilidade de alguns dos parceiros envolvidos no projeto, a data em que algumas atividades ocorreram teve que ser ajustada. Consideramos que cumprimos o cronograma, com exceção do que à atividade: Ateliê de Exercício Físico diz respeito, que decorreu apenas até dezembro; fomos confrontados com conflito de funções que não permitiram à psicomotricista estar presente em todas as sessões; o espaço e o horário, sendo os possíveis também eles funcionaram como entraves ao desenvolvimento desta atividade, sendo coincidentes com o horário e espaço de visitas tornaram inexecutável a sua realização. Apesar de ser considerada importante quer pelas equipas do projeto e técnica, quer pelos utentes e face à inexistência de alternativas de horário e espaço foi cancelada/ ficou em *standby* (se as condições se alterarem será uma atividade a ser recuperada).

De referir que durante a operacionalização foi possível desenvolver parceria com um estabelecimento de ensino de Évora, esta permite fomentar o relacionamento interpessoal e intergeracional, quebrar o isolamento e face à atividade desenvolvida (dança) permite melhorar a autonomia ao aliar recreação com atividade física. Foi também possível estabelecer parceria com uma Artista convidada/voluntária a título particular da Fundação Eugénio de Almeida, que face ao trabalho que irá desenvolver com os idosos, contribuirá para desenvolver a motricidade e a criatividade além de despertar para o meio envolvente permitindo assim a participação em questões sociais além de permitir manter a sua contribuição para a sociedade/dever de cidadania. A USP

irá também ser um parceiro mais ativo, dando resposta a uma solicitação por parte da equipa técnica da estrutura residencial que surgiu no final do nosso estágio. Todas estas novas parcerias, dado que o cronograma já se encontrava arquitetado, tornaram necessária a programação de novas atividades, estas estão já a ser planeadas, de salientar que decorreu em novembro (28) uma atividade que não estando inicialmente definida no cronograma se insere nas atividades a desenvolver em parceria com professor de dança e estabelecimento de ensino de Évora.

Estando o estágio final terminado, saliente-se que a atividade “ateliê de dança” continuará a ocorrer de acordo com as datas assinaladas, encontram-se em fase de planificação as atividades a desenvolver em parceria com o estabelecimento de ensino e com a artista convidada. Em julho ocorrerá nova aplicação do questionário, desta vez pelos elementos da equipa técnica da estrutura residencial.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação sendo o final do processo de planeamento deve integrar-se também em todas as outras etapas. Pode considerar-se também como uma forma constante de a partir da experiência melhorarmos a atividade em curso e planificarmos mais eficazmente, deve ser precisa e pertinente (Tavares, 1990).

Teremos uma avaliação final, com aplicação do questionário no mês de julho, procurando através da comparação de resultados constatar se houve ganhos para a saúde. Teve lugar ainda uma avaliação de processo, em que foi feita a avaliação de cada intervenção, tendo sido criados indicadores de avaliação que são apresentados no planeamento das atividades.

Para a avaliação do projeto e do trabalho desenvolvido, utilizou-se o questionário de pontos fortes e fracos.

No âmbito do modelo Precede-Procced, depois de feito o diagnóstico e de implementadas as estratégias de promoção da saúde é chegada a altura da avaliação. Esta abrange a avaliação de processo, de produção e de resultados (Green & Kreuter, 1999). “A avaliação do processo permite mais precisão na interpretação e, eventualmente, na generalização dos resultados.” (Pedroso & Brito, 2014, p. 75), aqui são descritas as circunstâncias em que o programa se inicia e desenvolve além das atividades e atitudes dos participantes. A avaliação de produção fornece-nos informação das consequências imediatas do programa e a avaliação de resultados permite-nos planear em saúde ao fornecer-nos informações relativas ao sucesso das atividades delineadas para alcançar os objetivos traçados. (Pedroso & Brito, 2014)

8.1. Avaliação dos Objetivos

Segundo Imperatori e Giraldes (1992) a definição de objetivos corresponde à elaboração do enunciado do resultado desejado em relação aos problemas definidos como prioritários, pretendendo assim contrariar a natureza da sua evolução. Só se estes forem fixados de forma quantificada e precisa é que se torna possível efetuar uma avaliação dos resultados obtidos com a consumação do plano traçado.

Segundo Tavares (1990) os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis, possibilitando posteriormente uma correta avaliação dos mesmos.

Para o projeto “Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado” foi traçado como objetivo geral: *Promover o envelhecimento ativo nos indivíduos com 65 anos ou mais residentes numa estrutura residencial do Concelho de Évora até julho de 2019*

Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

*** identificar a perceção de saúde e qualidade de vida dos residentes na estrutura residencial.**

Para tal foi aplicado o instrumento de colheita de dados Easy-Care, aos idosos que cumpriam os critérios de inclusão. Dos 68 idosos que cumpriam os critérios de inclusão 58 responderam ao questionário, com esta taxa de adesão foi-nos possível alcançar e ultrapassar (85,3%) a meta a que nos tínhamos proposto (60%) obtendo assim um leque alargado de respostas e consequentemente maior fidedignidade nos resultados obtidos.

***aumentar em 10% o número de idosos que pratica exercício físico**

Sendo a dependência e a perda de autonomia um dos problemas identificados no diagnóstico de situação, e face ao que nos é dito na literatura quando o envelhecimento ativo é abordado, procurámos desenvolver atividades que, desenvolvessem a motricidade e as capacidades físicas e intelectuais como o “ateliê de dança” e o “ateliê de exercício físico”, em ambas, as metas traçadas quando do seu planeamento foram alcançadas com médias de 35,2% e 11,35% respetivamente.

***fomentar o relacionamento interpessoal entre os idosos residentes na estrutura residencial;**

Outra problemática identificada no diagnóstico de situação foi a solidão, por esse motivo as atividades delineadas visaram a quebra do isolamento promovendo as relações interpessoais. Para a avaliação deste objetivo será considerada a participação dos idosos nas atividades, sendo que em todas as atividades as metas foram atingidas.

***promover a mobilização e envolvimento da equipa multiprofissional da estrutura residencial nas atividades planeadas no decorrer da implementação do projeto**

Em todas as fases do projeto pudemos contar com uma equipa motivada, presente, com sugestões que permitiram melhorar o resultado das atividades. Foram ainda feitas sugestões que levaram à criação de novas parcerias e consequentemente à proposta de intervenções futuras.

Para cada atividade foram traçados indicadores de avaliação/resultado (Apêndice IV). Analisando a Tabela 33 podemos verificar que todas as metas foram alcançadas.

Tabela 33: Avaliação das metas por objetivo específico

Objetivo específico	Meta	Indicador de avaliação
Identificar a perceção de saúde e qualidade de vida dos residentes na estrutura residencial	*Que 60% dos idosos, que cumprem os critérios de inclusão, respondam ao questionário	85,3% dos idosos responderam ao questionário
Aumentar em 10% o número de idosos que pratica exercício físico	*Que 10% dos idosos participem nas atividades realizadas	Média de participação dos idosos por atividade nas diferentes sessões foi: -dança: 35,2% - cantinho da costura: 10,14% - exercício físico: 11,35%
Fomentar o relacionamento interpessoal entre os idosos residentes na estrutura residencial	*Que 10% dos idosos participem nas atividades realizadas	Média de participação dos idosos por atividade nas diferentes sessões: -dança: 35,2% - cantinho da costura: 10,14% - exercício físico: 11,35%
Promover a mobilização e envolvimento da equipa multiprofissional da estrutura residencial nas atividades planeadas no decorrer da implementação do projeto	*Que 50% da equipa técnica da estrutura residencial participe na reunião de apresentação dos resultados e de divulgação do projeto *Que pelo menos um elemento da equipa técnica participe nas atividades	*66,6% da equipa técnica esteve presente na reunião *Do total de 27 sessões que ocorreram, 22 contaram com presença de pelo menos um elemento da equipa técnica (81%)

8.2. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

Como referem (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 12) “... a avaliação a curto prazo só é possível através dos indicadores de actividade que serviram para fixar metas e uma avaliação de médio prazo, que se faz em relação aos objectivos fixados em termos de indicadores de impacto.”, com a avaliação pretende-se melhorar os programas assim como a distribuição dos recursos. Os resultados obtidos ao fornecerem “nova” informação permitem melhorar o diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1982). Assim, ao longo do projeto houve um contínuo acompanhamento das atividades que tornou possível a existência de ajustamentos sempre que necessário visando o sucesso do projeto. Concretizaram-se todas as atividades, estas foram avaliadas atendendo aos indicadores de atividade delineados. De referir que uma das atividades apesar das várias estratégias utilizadas/pensadas foi menos bem conseguida, assim embora se tenham concretizado algumas sessões, esta não teve continuidade como pretendido.

8.3. Avaliação da Implementação do Projeto

Começámos este projeto com um diagnóstico de situação que nos permitiu caracterizar a população alvo e identificar as suas necessidades específicas. Este trabalho permitiu ainda, ao ser partilhado com a equipa da estrutura residencial onde foi desenvolvido o projeto, dar-lhes a conhecer de uma forma mais estruturada a população com quem trabalham. A partir do diagnóstico de situação procedemos à operacionalização do projeto, tendo sido planeadas atividades que visavam dar resposta às problemáticas identificadas como prioritárias. Todas estas foram concretizadas. Como referido anteriormente foram estabelecidos contatos com vista à concretização e continuação em parceria das atividades.

A avaliação do projeto acarretou a aplicação de um questionário com questões abertas às enfermeiras que participaram no projeto. Com este questionário foi possível determinar os pontos fracos e os pontos fortes do projeto, para além de o relacionar com

o meio envolvente para assim determinar as oportunidades e as ameaças ao mesmo. Procedeu-se assim à construção e análise de uma matriz SWOT (Tabela 34).

Esta permitiu-nos identificar as forças e fraquezas do projeto, sendo estas dependentes do meio interno é possível ter controlo sobre as mesmas. Possibilitou ainda identificar as oportunidades e ameaças resultantes do meio externo não nos permitindo por isso ter qualquer controlo sobre os mesmos. Esta análise contribui para melhorar o desempenho.

Tabela 34: Análise SWOT do projeto

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none">*Interação com os utentes da instituição*Interação entre os utentes*Relação entre promotor do projeto e todos os intervenientes	<ul style="list-style-type: none">*Não desenvolver atividades no exterior*Sala onde decorria atividades ser pequena*Poucas atividades por semana*Pouca envolvimento de todos os funcionários
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">*Melhor conhecimento da realidade do dia-a-dia desta faixa etária*Conhecimento mais realista do dia-a-dia das pessoas institucionalizadas*Proporcionar atividades que beneficiam a saúde das pessoas envolvidas no projeto	

Inerentes às dinâmicas internas foram identificadas como forças a interação/relações estabelecidas, proporcionando momentos que fomentaram o relacionamento interpessoal contribuindo assim para diminuir/evitar o isolamento/solidão. As atividades desenvolvidas no decorrer do projeto promoveram momentos lúdicos entre os idosos e esporadicamente entre os idosos e os funcionários. De referir ainda que tendo respondido ao questionário que serviu de base ao diagnóstico de situação 58 idosos, as atividades apresentadas foram alargadas a todos os que quiseram e podiam participar, querendo com isto contribuir para o envelhecimento ativo dos mesmos.

Como fraquezas do projeto foram apontadas a não ocorrência de atividades no exterior, esta foi uma estratégia pensada no decorrer do projeto, mas face às condições climáticas não foi exequível. Também o espaço onde decorreram as atividades foi considerado pouco adequado (pequeno) face ao número de participantes e à localização deste espaço, referido quer pelos idosos quer pelos dinamizadores no decorrer das atividades que este não seria o espaço mais adequado, no entanto e face às limitações de salas disponíveis na estrutura residencial não nos foi possível utilizar outro espaço.

Outra fraqueza apontada foi a ocorrência de poucas atividades por semana, apesar de no decorrer do projeto várias vezes ser apontada informalmente a vontade por parte dos participantes de um maior número de repetições das atividades (nomeadamente a “dança”) tal não foi possível, com exceção de uma semana em que o professor de dança se deslocou à estrutura residencial duas vezes. Consideramos que esta fraqueza é inerente à escassez de recursos humanos com que nos defrontámos ao longo do desenvolvimento do projeto.

Foram identificadas como oportunidades do projeto a possibilidade de conhecimento mais realista do dia-a-dia das pessoas institucionalizadas assim como o facto de proporcionar atividades que beneficiam a saúde das pessoas envolvidas no projeto, contribuindo assim para o envelhecimento ativo dos participantes.

9. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O número de pessoas idosas em todo o mundo é um número que tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos. Não sendo a velhice uma doença pode, no entanto, levar a uma perda da autonomia e independência causada pelo decréscimo da capacidade funcional, cabendo aos enfermeiros de saúde comunitária a promoção da saúde e a prevenção de complicações que advêm do processo de envelhecimento. É por isso importante que no decorrer do ciclo de vida do indivíduo lhe sejam dadas as ferramentas/informação que lhe permita tomar decisões conscientes e responsáveis no que à adoção de estilos de vida saudáveis diz respeito e também na procura de cuidados de saúde com vista ao controle da sua condição de saúde. (Ilha, et al., 2016), procurando assim que estes mantenham a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital e ainda que esta fase da vida perca a conotação negativa que lhe é atribuída por algumas pessoas.

Como nos é dito no Diário da República (2015) a capacidade de intervenção dos profissionais de saúde é nos dias de hoje confrontada com novas realidades o que representa um desafio para os mesmos. Regista-se um envelhecimento demográfico com novas necessidades de saúde além das alterações do desenho epidemiológico e nos comportamentos dos indivíduos, o que sendo uma adversidade obriga a que

“(..) a formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde” (D.R., 2015, p. 16481).

Podemos dizer que “(...) a enfermagem em cuidados de saúde primários pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis da prevenção e em complementariedade funcional com outros profissionais” (D.R., 2015, p. 16482).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (D.R., 2015),

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das

comunidades através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão; de assegurar infraestruturas para a promoção da saúde” (D.R., 2015, p. 16482).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve por isso avaliar o estado de saúde da comunidade em que desenvolve a sua atividade, a partir deste deve elaborar projetos que dêem resposta às necessidades identificadas, implementar intervenções e posteriormente monitorizar e avaliar o projeto, visando a capacitação da comunidade ao mesmo tempo que coopera na vigilância epidemiológica. (D.R., 2015)

Estando nós a terminar o Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, podemos dizer que foi percorrido um percurso que nos proporcionou muitas aprendizagens ao longo das diferentes unidades curriculares, estas com os conhecimentos/vivências adquiridos ao longo do trajeto profissional até agora trilhado permitiram adquirir e consolidar conhecimentos e competências de especialista, quer as competências comuns ao enfermeiro especialista quer as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Foi assim possível, no decorrer desta jornada, desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista:

- **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

É pretendida uma prática profissional e ética nas suas intervenções assim como uma prática que respeite os direitos humanos e a responsabilidade profissional. Neste projeto foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Para a aplicação dos questionários foi obtida autorização da CES da ARS Alentejo.

Os enfermeiros de saúde comunitária devem estar despertos para as particularidades de cada indivíduo que é alvo dos seus cuidados, sendo por isso necessário desenvolver competências culturais, prestando cuidados tendo em conta os saberes e contextos socioculturais da pessoa/família e grupo, respeitando a identidade e a singularidade, tendo uma intervenção cultural e socialmente adequada, promovendo parcerias e adequando a intervenção às necessidades sentidas pela comunidade.

- **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Implica desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (D.R. 2. S., 2011). Foi possível desenvolver competências que permitirão no futuro conceber, planear e implementar projetos na unidade funcional onde desenvolve a sua atividade, com vista à melhoria contínua da qualidade, projetos esses que terão que considerar o contexto assim como os determinantes de saúde da comunidade servida.

- **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

Estas implicam gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa envolvida assim como a articulação entre a mesma; implicam ainda adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (D.R. 2. S., 2011). Foram no decorrer do projeto delegadas tarefas a elementos da equipa multiprofissional da estrutura residencial, sendo garantida a segurança e a qualidade.

- **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

Tem inerente o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade e uma práxis clínica assente em conhecimentos válidos e sólidos (D.R. 2. S., 2011). Todas as fases inerentes ao desenvolvimento do projeto assentaram em investigação e conhecimento na área da saúde comunitária e saúde pública, de referir ainda a pertinência da constante atualização dos conhecimentos, essencial para uma resposta fundamentada e adequada às necessidades identificadas.

E competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária:

- **Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

Inicialmente efetuámos o diagnóstico de saúde de uma comunidade, para tal tivemos em consideração os determinantes de saúde que têm influência e levam ao envelhecimento ativo. Nesta etapa foram aplicados questionários tendo posteriormente os resultados sido analisados, com esta análise foram identificadas

problemáticas/necessidades da população. Para saber qual a direção a tomar foram estabelecidas prioridades com base em critérios objetivos. Posteriormente foram definidos objetivos mensuráveis e estratégias exequíveis que dessem resposta aos objetivos. Foi depois desenvolvido e implementado o projeto “Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado”. Com vista a uma maior eficácia das intervenções delineadas foram estabelecidas parcerias. Procedeu-se à avaliação do projeto, foram avaliados os indicadores definidos visando o acompanhamento das intervenções e alteração se necessário. Por tudo isto consideramos que a partir dos determinantes de saúde de grupos ou de uma comunidade foram identificadas as necessidades em saúde desses grupos ou comunidades e posteriormente concebido, planeado e implementado um projeto de intervenção seguindo a Metodologia do Planeamento em saúde, alcançando assim a primeira competência específica.

- **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

Este projeto permitiu-nos desenvolver capacidades de liderança num processo comunitário visando a capacitação de um grupo. Tornou-se necessário ir buscar conhecimentos a várias áreas assim como gerir os recursos disponíveis. A implementação deste projeto permitiu sensibilizar para a problemática do envelhecimento e lançou o desafio de tornar esse envelhecimento ativo contribuindo para tal as atividades propostas.

A parceria com o professor de dança permitiu à psicomotricista fazer adaptações nas intervenções por ela desenvolvidas com os idosos residentes na estrutura residencial, assim através desta parceria foi-lhe possível perceber a importância que a música assumia na adesão a estas atividades e mesmo na interação estabelecida no decorrer das mesmas, com todos os benefícios que daqui advêm para a saúde dos idosos. Podemos por isso afirmar que também esta foi uma competência que alcançamos.

- **Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

A Estratégia para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017), diz-nos que apesar de vivermos cada vez mais tempo, a qualidade dos anos de vida ganhos é algo com potencial para melhorar. De acordo com a OMS (2005) o envelhecimento ativo é um processo que visa a otimização das oportunidades para a saúde, a

participação e a segurança visando melhor qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento assim como o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional.

O PNS revisão e extensão 2020, diz-nos que face ao panorama epidemiológico e demográfico Portugal é um país com baixa natalidade e com uma população envelhecida sendo esta portadora de patologias crónicas múltiplas preconizando para tal duas metas: reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos) para um valor inferior a 20% e aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%. O PLS do ACES Alentejo Central de 2017 define como estratégia de saúde a promoção do envelhecimento saudável contribuindo assim para a prevenção do isolamento e da solidão das pessoas idosas.

Podemos assim afirmar que o projeto de intervenção comunitária “Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado” promoveu o envelhecimento ativo. As atividades desenvolvidas promoveram a atividade física, desenvolveram a motricidade, fomentaram o relacionamento interpessoal indo assim de encontro à estratégia de saúde preconizada pelo PLS do ACES Alentejo Central. Ao contribuírem para melhorar a autonomia as atividades desenvolvidas favorecem o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional como preconizado pela OMS (2005), quando se refere ao envelhecimento ativo. Por tudo isto consideramos que também esta foi uma competência adquirida.

- **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

A realização do diagnóstico de saúde permitiu-nos proceder ao diagnóstico epidemiológico do fenómeno envelhecimento, fenómeno este que face às alterações demográficas com aumento do índice de envelhecimento e do índice de longevidade, é transversal a quase todas as regiões do mundo. Representa ainda um desafio para os profissionais de saúde que face às necessidades específicas desta população devem desenvolver estratégias de intervenção que lhes consigam dar resposta. Neste sentido, a intervenção preconizada pelo projeto por nós desenvolvido, pretendeu promover o envelhecimento ativo do idoso institucionalizado. Este projeto permitiu-nos ainda, conhecer um instrumento de colheita de dados utilizado em vários países, que em Portugal, as investigadoras por ele responsáveis, pretendem aplicar a nível nacional com o objetivo de construir uma base nacional sobre as necessidades das pessoas idosas no nosso país, o que consideramos trará benefícios para a saúde dos idosos. Como

profissionais de saúde, ao conhecermos as necessidades desta população as intervenções a serem desenvolvidas serão direcionadas no sentido de dar resposta às mesmas. Consideramos assim ter alcançado esta competência.

Além das competências referidas anteriormente, o Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública permitiu ainda adquirir competências que conferem o grau de mestre. Assim, no decorrer deste curso foi possível “desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (UE et.al, 2018, p.2); adquirir competências que visam a “melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso a investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos” (UE et.al, 2018, p.2-3), habilitar para a “governança clínica, a liderança de equipas e de projectos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica” (UE et.al, 2018, p. 3), “e ainda “contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (UE et.al, 2018, p. 3)

Todo o trabalho desenvolvido no decorrer deste percurso contribuiu para adquirir e desenvolver competências de mestre. Podemos salientar os conhecimentos apreendidos e desenvolvidos nas diferentes unidades curriculares; o desenvolvimento do estágio na USP com as exigências a ele inerentes, como conceber, planear e implementar um projeto de intervenção comunitária (baseados na metodologia de planeamento em saúde) visando a promoção do envelhecimento ativo; assim como a divulgação científica do estudo, como motores para a aquisição e desenvolvimento das competências referidas no parágrafo anterior.

10. CONCLUSÃO

O número de pessoas idosas em todo o mundo é um número que tem aumentado no decorrer dos últimos anos tornando-se por isso um desafio para a saúde pública. Não sendo a velhice uma doença pode, no entanto, levar a uma perda da autonomia e independência causada pelo decréscimo da capacidade funcional, cabendo aos enfermeiros de saúde comunitária a promoção da saúde e a prevenção de complicações que advêm do processo de envelhecimento.

É por isso importante que no decorrer do ciclo de vida do indivíduo lhe sejam dadas as ferramentas/informação que lhe permitam tomar decisões conscientes e responsáveis no que à adoção de estilos de vida saudáveis diz respeito e também na procura de cuidados de saúde. Tem que existir um trabalho ao longo de todo o ciclo de vida que vise a qualidade de vida de forma a promover uma vida ativa no envelhecimento, procurando ainda que esta fase perca a conotação negativa que lhe é atribuída por algumas pessoas.

Face às alterações demográficas que se verificam, registando-se um aumento do índice de envelhecimento assim como do índice de longevidade, encontramos-nos perante uma realidade que representa novos desafios para os profissionais de saúde, tornando necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenção que dêem resposta às necessidades específicas desta população. Considerou-se por isso pertinente ser o envelhecimento ativo o fenómeno a ser desenvolvido neste projeto de intervenção comunitária.

Podemos dizer que face ao desafio que o envelhecimento representa, prevalece a questão como estão, ou poderão estar, as nossas sociedades, preparadas para acolher este repto, garantindo às pessoas mais velhas, as condições necessárias para que possam continuar a viver, em plenitude, a sua condição de sujeitos de direitos e deveres de cidadania.

A maneira como os indivíduos e as populações envelhecem é determinado e influenciado por fatores individuais, familiares, sociais, ambientais, climáticos, de crescimento ou de conflito. Os pilares em que assenta o envelhecimento ativo são: participação, saúde e segurança, decorrendo daqui a melhoria das oportunidades para a saúde e consequentemente maior esperança de vida e da sua qualidade. Torna-se por isso necessário desenvolver atividades que dêem prazer, alegria e satisfação aos

intervenientes, tornando assim mais fácil a participação nas mesmas, visando melhorar as oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, e consequentemente o aumento da esperança de vida e da sua qualidade à medida que as pessoas envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações (OMS, 2005).

O envelhecimento deve tornar-se numa experiência positiva, para que os indivíduos e os poderes deliberadores invistam cada vez mais no potencial humano, visando o bem-estar físico, mental e social no transcorrer do percurso de vida

Os indivíduos com 65 ou mais anos devem ter como desígnio um estilo de vida ativo, para tal torna-se necessário procurar atividades heterogéneas, tendo em conta que a população de idosos é também ela heterogénea, possuindo cada idoso as suas características e história de vida. Estas atividades devem ainda dar-lhes prazer, alegria, e satisfação, facilitando assim o seu envolvimento ativo e levando à redução do número de episódios de doenças cardiovasculares; de acidentes vasculares cerebrais; e outras doenças com consequências a nível da sua autonomia permitindo deste modo aumentar o autocuidado do idoso, isto é, aumentam a qualidade de vida e a esperança de vida saudável.

Promover a saúde por intermédio de uma atividade física regular, de atividade mental instigante, de alimentação saudável, estilos de vida saudável, concomitantemente com uma vida afetiva e relações sociais equilibradas, afetuosas, caridosas e satisfatórias, além duma apropriada gestão do stress da vida diária, traz ganhos para a longevidade e qualidade da vida. Ao falarmos de promoção da saúde visando o envelhecimento ativo não podemos deixar de considerar que cada indivíduo tem as suas experiências de vida que influenciam o que é e como vive cada momento. Devem ser promovidas intervenções que respeitem os fundamentos de autonomia, dignidade, participação ativa e realização pessoal. São essenciais para o envelhecimento ativo as estratégias de promoção da saúde, pretende-se com a promoção da saúde favorecer a autonomia do idoso através de um cuidado que priorize a qualidade de vida.

A qualidade de vida sendo resultado da perceção individual, depende do balanço que cada um faz entre os anos vividos e as capacidades/potencialidades que mantém, é este que define a forma como o indivíduo vai lidar com o envelhecimento e as perdas que lhe são devidas. Ao manter as capacidades funcionais que lhe permitem ser autónomo na satisfação das suas necessidades, o idoso viverá esta fase de uma forma

que originará consequências positivas quer para a sua vida, quer para a qualidade de vida. Assim, a perda funcional associada ao envelhecimento, que pode ou não estar relacionada com a presença de doença, acarretará consequências para a sua qualidade de vida, estando estas dependentes da forma como ocorre a adaptação às alterações daí decorrentes e à forma como conseguem superar as situações do dia-a-dia.

Torna-se assim pertinente a realização de atividades que proporcionem novas aprendizagens e descobertas, não deixando de reconhecer as capacidades e competências específicas de cada um. A participação nestas atividades não deve ser imposta, devendo ser respeitada a vontade do idoso de forma a obter melhores resultados.

De acordo com o Regulamento nº128/2011, é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, baseando-se na metodologia do planeamento em saúde, avaliar o estado de saúde de uma comunidade, visando a capacitação de grupos e a participação em programas de saúde de âmbito nacional, e realizar a vigilância epidemiológica das populações.

O percurso trilhado no decorrer deste Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tornou possível adquirir e desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e de Mestre.

Permitiu conceber, planejar, coordenar, dinamizar e avaliar um projeto de intervenção. Ao longo dos estágios o fio condutor do trabalho e trajeto percorrido foi a metodologia do Planeamento em Saúde. Esta metodologia permitiu a identificação da população alvo, assim como a definição de estratégias e de atividades cuja execução tornou possível dar resposta aos problemas encontrados bem como aos objetivos traçados. Através desta metodologia e após a realização do diagnóstico de situação tornou-se possível a realização de um projeto de intervenção comunitária com vista à promoção do envelhecimento ativo nos indivíduos com 65 anos ou mais de uma estrutura residencial para idosos do concelho de Évora.

Ocorreu inicialmente um diagnóstico de situação, da análise dos resultados obtidos evidencia-se a perceção de perda (do papel social e familiar, dos familiares e amigos); dependência (perda de autonomia); sentimentos de solidão; sentimentos de depressão/desespero/sentir-se em baixo; perceção de saúde negativa e presença de dor,

destes a equipa da estrutura residencial em consonância com a mestrandia, reconheceram como prioritários a solidão, dependência e a perda de autonomia. Assim tornou-se pertinente desenvolver um projeto de intervenção comunitária visando dar resposta à problemática identificada. Surge por isso o projeto “Envelhecer Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado” e que apresentámos no decorrer destas páginas.

Este foi incrementado numa estrutura residencial para idosos do concelho de Évora, tendo como objetivo geral promover o envelhecimento ativo nos indivíduos com 65 anos ou mais residentes nessa estrutura até julho de 2019, aumentando o número de idosos que pratica exercício físico e fomentando o relacionamento interpessoal entre os idosos residentes na estrutura residencial. Para tal decorreram várias atividades nas quais participaram os idosos envolvidos no projeto. Este projeto envolveu os idosos, a sua família, a estrutura residencial e a comunidade, tem a duração de 1 ano, sendo que pode ser reproduzido em anos posteriores, na mesma estrutura residencial ou com idosos de outras estruturas residenciais. Este é um projeto que consideramos pertinente e com boa viabilidade.

Dos indicadores de resultado e da avaliação da implementação do projeto podemos salientar que todas as metas foram atingidas, tendo pelo menos 10% dos idosos da estrutura residencial participado nas atividades desenvolvidas. Estas permitiram a interação entre os idosos fomentando assim o relacionamento interpessoal. As atividades contribuíram ainda para aumentar a autoestima, satisfação e participação nas questões sociais. Por tudo isto podemos afirmar que estas se coadunaram com os objetivos delineados.

Está prevista a continuidade da parceria com o professor de dança, além do desenvolvimento de parcerias com um estabelecimento de ensino do concelho assim como com uma artista voluntária a título particular da Fundação Eugénio de Almeida, estas vão permitir dar continuidade às atividades desenvolvidas. Ficou ainda o compromisso por parte da USP de desenvolver sessões de educação para a saúde na estrutura residencial, no sentido de dar resposta a uma necessidade referida pela equipa técnica no final do estágio.

Para além das limitações temporais próprias dos trabalhos académicos, podemos referir como aspeto dificultador a cultura enraizada que leva ainda alguns idosos a

considerar esta uma fase da vida em que se verificam muitas perdas mostrando-se renitentes à adesão às atividades por considerarem que delas não advêm quaisquer ganhos, preferindo permanecer sentados, cada um no “seu mundo”/espaço com pouca interação entre eles, apesar de repartirem o mesmo espaço físico. Também a escassez de recursos humanos da estrutura residencial, que restringiu o tempo que estes tinham disponível para colaborar/participar no projeto conjuntamente com a resistência à mudança podem ser consideradas limitações. O número reduzido de técnicos juntamente com as várias solicitações, quer da estrutura residencial quer de outras valências a que estes têm que dar resposta, foi uma dificuldade sentida uma vez que limitou o tempo que estes dispunham para desenvolver as atividades propostas visando a continuidade das mesmas.

Consideramos que este projeto teve uma boa aceitação por parte de todos os atores. De acordo com informação dos parceiros, algumas das atividades desenvolvidas continuarão a ser replicadas, dando assim continuidade ao projeto contribuindo para a promoção do envelhecimento ativo.

Posto isto, acreditamos ter atingido os objetivos propostos, tendo assim adquirido e desenvolvido competências na qualidade de mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Foi um percurso longo, trabalhoso, que exigiu esforço, estudo, dedicação. Com ele ganhámos conhecimentos, adquirimos e desenvolvemos novas competências. Acreditamos que todos estes subsídios além do seu contributo para o desenvolvimento profissional irão ter repercussão na qualidade dos cuidados prestados, advindo daí benefícios para a saúde da população. Foi esta convicção que nos permitiu, apesar das dificuldades sentidas, não desistir, persistindo no caminho com o intuito de concluir este empreendimento há muito ansiado.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, M. d., Meneses, K. M., Pompeu, L. F., Silva, R. R., Sousa, C. M., & Lago, E. C. (2014). A percepção do idoso sobre sua vivência em instituição de longa permanência. *Revista de Enfermagem UFPE On Line* 8 (7), 1988-1996.
- Brandão, M. P., Gonçalves, J., Sá-Couto, P., & Sousa, L. (2015). Independência funcional de pessoas idosas com perturbações mentais: um estudo num serviço de psicogeriatria em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(2), 199-206.
- Brandão, M., Sousa, L., Philip, I., & Cardoso, M. (2015). Percepção das pessoas idosas portuguesas sobre a sua (in)dependência: um estudo transversal. *Journal of Aging & Innovation*, 4 (1), 3-17.
- Cabral, M. V., Fernandes, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Caldeira, E. (2015). Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar. (Tese de Doutoramento, para obtenção de grau de Doutor em Enfermagem, pela Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
Obtido em março de 2019, de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20228>
- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, vol. 12, 96-105.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 121-135.
- Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 39-44.
- Central, U. d. (agosto de 2017). Planos Locais de Saúde Estratégia da Saúde. Évora, Portugal.
- CLASE. (2012). *Diagnóstico Social Évora 2013/2015*. Evora
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, seu regime de organização e funcionamento. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 38 (22 de fevereiro de 2008). 1182-1189.

- DGS. (2006). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa, Portugal: Direção - Geral da Saúde.
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde*, 52. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (17 de 04 de 2018). *GEOSAÚDE*. Obtido de <http://www.websig.acs.min-saude.pt/websig/v5/portal2/public/index.php?par=geosaude&lang=pt>
- Diário da República, 2. S. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n° 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 8648-8653. Lisboa.
- Diário da República, 2. S. (19 de junho de 2015). Regulamento n° 348/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (16481 - 16486)*. Lisboa.
- Diário da República, 2. S. (16 de julho de 2018). Regulamento n° 428/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (19354 - 19359)*. Lisboa.
- Ferreira, L. M., Jerez-Roig, J., Andrade, F. L., Oliveira, N. P., Araújo, J. R., & Lima, K. C. (2016). Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 19 (6), 995-1003.
- Ferreira, P. M. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, 07-29.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Green, L. W., & Kreuter, M. (1999). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. Londres: Mayfield Publishing Company.
- Ilha, S., Argenta, C., Silva, M. R., Cezar-Vaz, M. r., Petzer, M. T., & Backes, D. S. (2016). Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 4231-4242.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Obras Avulsas.

- INE (2017 a). Estatísticas demográficas 2016. INE. Acedido a....
- INE. (2017 b). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque - Informação À Comunicação Social*, 1.
- Jerez-Roig, J., Souza, D. L., Andrade, F. L., Filho, B. F., Medeiros, R. J., Oliveira, N. P., . . . Lima, K. C. (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (11), 3367-3375.
- Josino, J. B., Costa, R. B., Vasconcelos, T. B., Dominicano, B. R., & Brasileiro, I. C. (2015). Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 28 (3), 351-360.
- Kropinska, S., Dymek-Skoczynska, A., Talarska, D., & Czorowska-Tobis, K. (2012). Ocena potrzeb kobiet w wieku podeszłym w oparciu o kwestionariusz Easy-Care Standard 2010. *Nowiny Lekarskie*, 81, 4, 366-371.
- Lavajo, J. C. (2000). *A Misericórdia de Évora no último quartel do segundo milénio*. Évora: Santa Casa da Misericórdia de Évora.
- Lopes, M. J., Araújo, J. L., & Nascimento, E. G. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia* 19 (2), 181-199.
- Lopes, M. J., Mendes, F., & Silva, A. O. (2014). *Envelhecimento: Estudos e Perspetivas*. São Paulo: Martinari.
- Loreda-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A. S., & Juárez-Lira, G. P.-V. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13 (3), 159-165.
- Marinho, L. M., Vieira, M. A., Costa, S. d., & Andrade, J. M. (2013). Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm*, 34, 104-110.
- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós - Gerontologia*, 20, 49-71.
- OMS. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10),1403-1409.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS. (2015). *Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS.

- Pedroso, R. M., & Brito, I. d. (2014). Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem; estudo do contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra . *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, Edição nº 12*.
- Pinar, R., Ergun, A., Erol, S., Kurtulus, Z., Gur, K., Sert, H., & Philip, I. (2015). The adaptation of the Easy-Care Standard assessment instrument into evaluation of psychometric properties among turkish older people. *Nobel Medicus, 11* (2), 85-92.
- PORDATA. (2016). Índice de Envelhecimento.
<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS.
- Porter, C. M. (1 de outubro de 2016). Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *SAGE journals*, pp. 753-764.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Santos, F. d., & Júnior, J. L. (2014). O Idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira Idade. *Id on line Revista de Psicologia*, 34-55.
- Silva, J. M., Barbosa, M. F., Castro, P. d., & Noronha, M. M. (2013). Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16 (2), 337-346.
- Silva, L. M., Moreira, M. A., Bezerra, V. P., Almeida, S. A., Brenna, S., & Silva, A. O. (2014). Representações sociais sobre solidão por idosos institucionalizados. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 1-9.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002). EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 26, 10-25.
- Souza, C. C., Valmorbida, L. A., J. P., Borsatto, A. C., Lorenzini, M., Knorst, M. R., . . . Resende, T. d. (2013). Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 16(2), 285-293.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Unidade de Saúde Pública [USP] (2015). *Relatório de atividades 2015*. USP: Évora.

Unidade de Saúde Pública [USP] (2017). *Perfil demográfico – Plano local de Saúde Évora*. USP: Évora.

Universidade de Évora [UE] et al. (2018). Edital Abertura do Mestrado em Enfermagem . Obtido em junho de 2018, de [http://www.oferta.uevora.pt/mestrados/\(codigo\)/487](http://www.oferta.uevora.pt/mestrados/(codigo)/487)

ANEXOS

Anexo I: Easy-Care Standard 2010

Easycare

INFORMAÇÃO PESSOAL

Código de Identificação: _____

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: _____

3. Área de residência: Rural ☐ Urbana ☐

4. Estado civil atual:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Separado(a) / Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

5. Anos de educação formal:

☐ Não tem

☐ 1 – 4 Anos

☐ 5 – 12 Anos

☐ Mais de 12 Anos

6. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?

Não chega para as necessidades ☐

É mesmo à justa para as necessidades ☐

Sobra algum dinheiro ☐

7. Com quem vive?

Sozinho ☐ Em casal ☐ Com família alargada ☐ Em instituição ☐

Outra Situação ☐ Qual? _____

8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo inteiro ☐

Empregado(a) a tempo parcial ☐

Desempregado(a) ☐

Doméstica ☐

Pensionista ☐

Reformado(a) ☐

Estudante ☐

9. Cuida atualmente de alguém? Sim ☐ Não ☐

10. Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados? Sim ☐ Não ☐

10.1 Informação Adicional

Sumário da condição clínica atual:

--

Medicação atual

Medicamento	Dose	Frequência	Para que serve o medicamento

Admissões hospitalares nos últimos 3 anos

Datas	Motivos

1- VISÃO, AUDIÇÃO E COMUNICAÇÃO

1.1. Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não vê nada ☐

1.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?

Sim ☐ Com dificuldade ☐ Não ouve nada ☐

1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?

Não tem dificuldade ☐ Dificuldade com algumas pessoas ☐

Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ Com alguma ajuda ☐

Não consegue usar o telefone ☐

2. CUIDAR DE SI (AUTO-CUIDADO)

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc)?

Sem ajuda ☐

Precisa de ajuda para manter a aparência pessoal ☐

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐

Não consegue vestir-se ☐

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ Precisa de alguma ajuda ☐

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ Precisa de alguma ajuda ☐

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar o chão, etc) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas) ☐

Não consegue fazer qualquer tarefa doméstica ☐

2.6. Consegue preparar as suas refeições?

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas) ☐

Não consegue preparar refeições ☐

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc) ☐

Não consegue alimentar-se ☐

2.8 Tem algum problema com a sua boca ou dentes?

Não ☐ Sim ☐ Especifique _____

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas) ☐

Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐

2.10. Já teve algum problema com a sua pele (exemplo: úlceras na perna, úlcera de pressão)?

Não ☐ Sim ☐ Especifique _____

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐

Tem acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda de uma algália ☐

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐

Ou tem acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister? ☐

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir o necessário, limpar-se e sair) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐

Ou não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐

3. MOBILIDADE

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Não consegue deslocar-se ☐

3.2. Tem problemas com os seus pés?

Não ☐ Alguns problemas ☐ *Especifique, por favor:*

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐

Numa cadeira de rodas sem ajuda ☐

Com alguma ajuda ☐

Está acamado ☐

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐

Com alguma ajuda ☐ Não consegue subir e descer escadas ☐

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ Uma vez ☐ 2 vezes ou mais ☐

3.6. Consegue andar no exterior? (sair da sua residência, caminhar na rua)

Sem ajuda ☐ Com alguma ajuda ☐ Não consegue andar no exterior ☐

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐

Não consegue ir às compras ☐

3.8. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ Com alguma ajuda ☐

Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos? ☐

4. SEGURANÇA

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ Não ☐

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ Não ☐

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado(a) ou assediado(a) por alguém?

Sim ☐ Não ☐

4.4. Sente-se discriminado(a) por alguma razão (ex: idade, sexo, raça, religião, incapacidade)?

Sim ☐ Não ☐

4.5. Tem alguém que possa ajudar em caso de doença ou de emergência?

Sim ☐ Não ☐

5-LOCAL DE RESIDÊNCIA E FINANÇAS

5.1. De forma geral está satisfeito(a) com o seu local de residência?

Sim ☐ Não ☐

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ Não ☐

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?

Sim ☐ Não ☐

6-MANTER-SE SAUDÁVEL

6.1. Pratica exercício regularmente?

Sim ☐ Não ☐

6.2. Fica com falta de ar durante as atividades normais?

Sim ☐ Não ☐

Se sim ☐ em repouso ☐ à noite ☐ a subir/descer escadas ☐ na posição horizontal

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, etc)?

Sim ☐ Não ☐

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Sim ☐ Não ☐

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ Não ☐

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Com excesso de peso ☐ Com perda de peso ☐ Não tem preocupações ☐

6.7. Já verificou com o seu médico se a sua vacinação está em dia?

Sim ☐ Não ☐

7-SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

7.1. Consegue realizar atividades de lazer, passatempos, trabalho e outras

atividades de aprendizagem que sejam importantes para si?

Sim ☐ Não ☐

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Fraca ☐

7.3. Sente-se sozinho(a)?

Nunca ☐ Raramente ☐ Por vezes ☐ Frequentemente ☐ Sempre ☐

7.4. Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto?

Sim ☐ Não ☐

7.5. Teve alguns problemas em dormir no mês passado?

Sim ☐ Não ☐

7.6. Teve dores corporais no mês passado?

Não ☐ Sim, muito suaves ☐ Sim, suaves ☐ Sim, Moderadas ☐ Sim, Fortes ☐

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?

Sim ☐ Não ☐

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Sim ☐ Não ☐

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas/falhas de memória ou esquecimentos?

Sim ☐ Não ☐

Anexo II: Autorização das Investigadoras da Universidade de Aveiro



Liliana Sousa <lilianax@ua.pt>

para Maria, Daniela, eu, Maria, Maria, ecaldeira@uevora.pt ▼

Cara Maria João

Pode utilizar o instrumento.

A Profª Piedade Brandão entretanto enviará mais esclarecimentos.

Cumprimentos

Liliana Sousa

Anexo III: Scores do EasyCare Grau De (In)dependência

Pontuação de (in)dependência (0-100)

Indicador da necessidade de suporte (pontuações entre parêntesis)	Questões
Não consegue utilizar o telefone (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	1.4.
Precisa de ajuda para manter o aspeto cuidado (5), sem ajuda (0)	2.1.
Não consegue vestir-se (6), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	2.2.
Não consegue tomar banho/duche (5), sem ajuda (0)	2.4.
Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0).	2.5.
Não consegue preparar refeições (5), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	2.6.
Não consegue alimentar-se (8), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	2.7.
Não consegue tomar medicamentos (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	2.8.
Acidentes frequentes de bexiga (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)	2.11.
Acidentes frequentes de intestinos (8), ocasionais (6), sem acidentes (0)	2.12.
Não consegue utilizar a sanita (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	2.13.
Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), com alguma ajuda (4), sem ajuda (0)	3.1.
Acamado (8), precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), de cadeira de rodas sem ajuda(5), sem ajuda (0)	3.3.
Não consegue subir nem descer escadas (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	3.4.
Não consegue andar no exterior (6), com alguma ajuda (3), sem ajuda (0)	3.6.
Não consegue ir às compras (4), com alguma ajuda (2), sem ajuda (0)	3.7.
Não consegue deslocar-se a serviços públicos (5), com alguma ajuda (2), sem dificuldade (0)	3.8.
Não consegue gerir as finanças (4), capaz de gerir (0).	5.2

Anexo VI: Scores do EasyCare Risco de Falha do Cuidado

Risco de Falha do Cuidado (1 ponto a cada resposta positiva - Total de 12)

Indicador de risco	Questões
Precisa de ajuda a vestir-se	2.2.
Precisa de ajuda a tomar banho	2.4.
Precisa de ajuda a alimentar-se	2.7.
Precisa de ajuda para usar a sanita	2.13
Tem acidentes com a bexiga	2.11.
Alguma queda nos últimos 12 meses	3.5.
Preocupações com perda de peso	6.6.
Saúde em geral razoável ou fraca	7.2.
Muitas dores corporais no último mês	7.6.
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	7.7.
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	7.8.
Perda de memória ou esquecimentos	7.9.

Anexo V: Scores do EasyCare Risco de Quedas

Risco de Quedas (1 ponto a cada resposta positiva - Total de 8)

Indicador de risco	Questões
Tem dificuldade em ver	1.1.
Dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira)	3.1.
Problemas com os seus pés	3.2.
Uma ou mais quedas no último ano	3.5.
Incapaz de sair de casa	3.6.
Falta de segurança no domicílio	4.1.
Falta de segurança fora de casa	4.2.
Ingestão excessiva de álcool.	6.4

Anexo VI – Autorização da Comissão de Ética da ARS Alentejo

ENT-ARSA/2018/10522
17-07-2018

22.06.2018
(Processo 22/2018/CES)

PARECER 08/2018/CES

O CONSELHO DIRETIVO 26.07.2018
O Presidente: José Marques Róbalq
O Vogal: José António Martinho Lopes
A Vogal: Paula Ribeiro Marques

Sobre o estudo "Projeto de Intervenção Comunitária ENVELHE(S)ER ATIVO"

A: Relatório

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao processo nº 22/2018/CES em 20.06.2018, de modo extraordinário, referente ao estudo "Projeto de Intervenção Comunitária ENVELHE(S)ER ATIVO", com base no pedido formulado a esta CES, e após envio de documentação em 21.06.2018, pela Investigadora Maria João São José, Orientadora Professora Doutora Ermelinda Caldeira (Professora na Universidade de Évora) Supervisoras de estágio: Enfª. Conceição Pimenta e Enfª. Rita Leão (Enfermeiras na Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central) no âmbito do 2º curso 2017-2018 do Mestrado em Associação - Área de Especialização Saúde Comunitária e Saúde Pública, de 5 Escolas de Enfermagem (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). O estudo enquadra-se no estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, 1º Ano/2º Semestre.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

- 1) Protocolo do estudo;.....
- 2) Curriculum Vitae do investigador;.....
- 3) Curriculum Vitae do orientador científico ou pedagógico;.....
- 4) Declaração da Directora Executiva do ACES Alentejo Central;.....
- 5) Referência da investigadora em relação à não aplicabilidade do ponto 9 (Cópia da notificação à Comissão Nacional de Protecção de Dados sobre criação de bases;
- 6) Compromisso da investigadora relativo à entrega das notas curriculares resumidas das duas supervisoras de estágio.....

- 7) Compromisso da investigadora relativo à entrega da declaração assinada do Coordenador da Unidade de Saúde Pública do ACES Alentejo Central, onde o estágio está a decorrer.....
- 8) Autorização do Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Évora, para a aplicação de questionários e implementação de projeto de intervenção comunitária de âmbito académico;
- 9) Modelo de Consentimento informado, livre e esclarecido;.....
- 10) Modelo de Declaração de Compromisso para outros Investigadores ou Colaboradores na investigação, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pelo Investigador Principal;
- 11) Modelo de Declaração do profissional de saúde que referencia os participantes para o projecto de investigação;.....
- 12) Modelo de identificação do “Elo de ligação”;.....
- 13) Modelo de Declaração do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s);.....
- 14) Declaração do investigador principal de entregar uma cópia do relatório final ou relatórios anuais à CES;.....
- 15) Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais;.....
- 16) Diversa informação/documentação enviada por e-mail.....

A.3. Resumo da Documentação.....

Trata-se de um estudo quantitativo, cujo Objetivo Geral é promover o envelhecimento ativo em 10% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade residentes no [REDACTED], em Évora, até 2019 e o objetivo específico é Identificar a perceção de saúde e qualidade de vida dos residentes do [REDACTED].....

A amostra é constituída pelos residentes do [REDACTED] com idade ≥ 65 anos. O instrumento de recolha de dados será o questionário. Após a análise do questionário e a identificação das necessidades emergentes serão planeadas atividades direcionadas à população alvo. Todo o trabalho será realizado tendo por base a “metodologia de projeto”, o que pressupõe estruturar a intervenção de uma forma planeada e seguindo a seguinte sequência de fases: 1- Definição dos problemas e diagnóstico da situação 2- Estabelecimento de objetivos 3- Determinação de estratégias 4- Elaboração do plano de ação 5- Avaliação

84

O estágio I decorrerá no período de 14 de maio a 22 de junho de 2018, irá incidir na área da promoção do Envelhecimento ativo, inserido no Projeto “Viva bem com a idade que tem” da Unidade de Saúde Pública (USP) de Évora. Neste estágio proceder-se-á ao diagnóstico da situação. A operacionalização deste projeto ocorrerá no Estágio Final, que decorrerá no segundo ano primeiro semestre.....

População são os indivíduos com mais de 65 anos residentes no [REDACTED] com os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 65 anos, residentes no RRB e com disponibilidade para responder ao questionário e para participar no projeto, e os seguintes critérios de exclusão: indivíduos com alterações mentais, com surdez e acamados. A amostra será por conveniência.....

As variáveis em estudo são: caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, anos de educação formal); auto-perceção da Qualidade de Vida (questões do instrumento EasYcare).....

O instrumento para colheita de dados a utilizar é o EASYcare – Elderly Assessment System/ Sistema de Avaliação de Idosos (Anexo I) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15, versão breve, Yesavage et al., 1983) (Anexo II) ministrados por inquiridor. A Análise estatística será descritiva consistindo na descrição da amostra global e cruzamento de variáveis. Visando a minimização de potenciais vieses, o preenchimento efetivo do questionário ocorrerá na presença do investigador de forma a precaver interpretações erradas das questões e a diligenciar no sentido do preenchimento total do mesmo.....

A investigadora apresentará o projeto aos utentes do [REDACTED] numa reunião a realizar na instituição onde a colheita de dados vai ocorrer, em que contará com presença da Diretora Técnica (elo de ligação), sendo no final os utentes convidados a participar no mesmo.....

Os dados recolhidos serão destruídos um ano depois da publicação da Tese de Mestrado.....

Os custos referidos no protocolo são assumidos pela investigadora.....

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....

B.1. Trata-se de um estudo com relevância e pertinência. O desenho do estudo nas várias etapas de metodologia apresenta, enuncia e reforça a garantia de confidencialidade de procedimentos, dados recolhidos e resultados obtidos, os requisitos

inerentes a uma metodologia cientificamente correta, o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais;.....

B.2. A investigação não implica encargos financeiros para os participantes;.....

B.3. Esta CES solicita a entrega dos CV das duas supervisoras de estágio identificadas no estudo;.....

B.4. Esta CES solicita a entrega da Declaração assinada pelo Coordenador da USP do ACES Alentejo Central antes do início da colheita de dados.....

B.5. Actualização do cronograma a nível da operacionalização do estudo.....

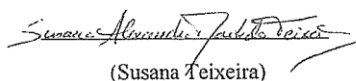
B.6. Esta CES salienta que é da responsabilidade dos investigadores o dever de observar o disposto no RGPD em matéria de protecção de dados pessoais.....

CONCLUSÃO.....

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo, condicionado ao ponto B.3., B.4., B.5.

Aprovado em reunião extraordinária do dia 19.06.2018, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo


(Susana Teixeira)

APÊNDICES

Apêndice I: Artigo Científico

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Active aging: a challenge for the institutionalized elderly

Maria João São José¹ (mjoaosao@gmail.com); Ermelinda Caldeira² (ecaldeira@uevora.pt)

Resumo: A nível mundial verificam-se alterações demográficas com aumento do índice de envelhecimento e do índice de longevidade. O envelhecimento é transversal a quase todas as regiões do mundo, em Portugal as previsões indicam que o índice de envelhecimento duplique até 2080. Esta realidade representa novos desafios para os profissionais de saúde tornando necessário desenvolver estratégias de intervenção que dêem resposta às necessidades específicas desta população. **Objetivo:** Identificar a perceção de saúde e qualidade de vida dos residentes de uma estrutura residencial para idosos no concelho de Évora. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa. Utilizado como instrumento de colheita de dados o questionário EasyCare que permite conhecer as limitações e necessidades percecionadas. Amostra intencional de 58 indivíduos com idade ≥ 65 anos, residentes num lar de idosos do concelho de Évora. **Resultados:** Amostra com média de idades de 87,8 anos, maioritariamente mulheres. O cuidado da aparência pessoal é feito autónomamente pela maioria, necessitando 62,1% de ajuda para se deslocar. Quanto à perceção acerca da sua saúde, 36,2% consideram-na “razoável”, enquanto 20,7% “fraca”. 81% dos idosos refere algum tipo de dor. Ainda 31% confirma a existência de sentimentos de depressão/desespero/sentir-se em baixo e 44,8% refere sentir-se só, revelando 10,3% pouco interesse e prazer em realizar qualquer atividade. **Conclusões:** O envelhecimento é uma fase em que se considera haver mais perdas do que ganhos podendo conduzir a alguma renitência à adesão a novos desafios, torna-se por isso, primordial caminhar para o fim da discriminação dos idosos, tornando-se por isso essencial a educação para a

¹ Enfermeira a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem em Associação no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de Setúbal 2018/2019

² Professora Doutora, docente orientadora da Unidade Curricular de Estágio Final em Enfermagem do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus 2018/2019

saúde com vista a promover a literacia em saúde, capacitando-os para gerir a sua vida de forma consciente e tomando decisões fundamentadas. Para tal, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental que deve ter início o mais precocemente possível.

Descritores: envelhecimento ativo, qualidade de vida, idoso institucionalizado, envelhecimento

Abstract: Worldwide, there are demographic changes with an increasing in the aging index and the longevity index. Aging is transverse to almost all regions of the world, in Portugal the predictions indicate that the aging rate doubles until 2080. This reality presents new challenges for health professionals making it necessary to develop intervention strategies that respond to the specific needs of this population. **Objective:** To identify the health perception and the quality of life of the residents of a residential structure for the elderly in the municipality of Évora. **Methodology:** Descriptive study of quantitative approach. The EasyCare questionnaire is used as an instrument for collecting data, which allows us to know the limitations and perceived needs. Intentional sample of 58 individuals aged ≥ 65 years old living in a nursing home in the municipality of Évora. **Results:** A sample with an average age of 87.8 years, mostly women. Personal appearance caring is done autonomously by the majority of the elderly, with 62,1% needing help to move. Concerning the perception about their health, 36.2% consider it "reasonable", while 20.7% think it is "weak". 81% of the elderly reported some type of pain. Still 31% confirm the existence of feelings of depression / despair / feeling down, and 44.8% feel alone, revealing 10.3% little interest and pleasure in performing any activity. **Conclusions:** Aging is a period in which there are more losses than gains and may lead to some reluctance to join new challenges, it is therefore crucial to move towards the end of discrimination against the elderly, becoming indispensable health education to promote health literacy, enabling them to manage their lives consciously and make informed decisions. To this end, health professionals play a key role that should begin as early as possible.

Keywords: active aging, quality of life, elderly institutionalized, aging

Apêndice II: Avaliação do Projeto



No âmbito do projeto **Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado Envelhe(s)er ativo**, que decorreu até ao dia 25 de janeiro e visando fazer uma avaliação do mesmo, peço a vossa colaboração no preenchimento das respostas às questões apresentadas de seguida.

Quais considera serem os pontos fortes do projeto?

Refira os pontos fracos do projeto/ O que pode ser melhorado?

Quais as possibilidades/oportunidades permitidas com a sua implementação?

Quais os obstáculos/ barreiras à sua implementação?

Obrigada pela colaboração!

Apêndice III: Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Exmo. (a) Sr. (a),

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para projeto de intervenção comunitária de âmbito académico – **ENVELHECIMENTO ATIVO: UM DESAFIO PARA O IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

O meu nome é Maria João Correia de São José, enfermeira na Unidade de Saúde Familiar Lusitânia de Évora, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Saúde Comunitária e Saúde Pública, de 5 Escolas de Enfermagem (Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tenho como supervisoras as Enfermeiras Conceição Pimenta e Rita Leão, enfermeiras na Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

Estou neste momento a iniciar a elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Envelhecimento ativo, no intuito de melhor compreender este fenómeno, bem como todos os determinantes de saúde que o influenciam. Será ainda meu objetivo contribuir para o envelhecimento ativo dos idosos residentes no [REDACTED].

Assim, solicito a sua colaboração através da autorização para a aplicação de um questionário de caracterização da população-alvo, na fase de colheita de dados do já referido projeto, assim como, para a implementação do projeto numa fase posterior de operacionalização.

É ainda de referir que será respeitado o anonimato e confidencialidade dos participantes. Os dados obtidos serão destruídos um ano depois da publicação da tese de mestrado inerente ao mestrado frequentado.

Encontro-me inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que lhe possam surgir através do email: mjoao.jose@alentejocentral.min-saude-pt ou 266760012.

Agradecendo desde já a sua colaboração,

Évora, outubro de 2018

Orientador Clínico: Conceição Pimenta e Rita Leão

Aluna: Maria João Correia de São José

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
declaro que concordo com a participação no preenchimento do questionário para efeitos de trabalho de investigação de âmbito académico.
Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer momento recusar a participação neste trabalho, sem qualquer tipo de consequências.
Este consentimento será assinado por mim em duplicado, ficando com um dos exemplares.

Data: / /

Assinatura

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
declaro que concordo com a participação no preenchimento do questionário para efeitos de trabalho de investigação de âmbito académico.
Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer momento recusar a participação neste trabalho, sem qualquer tipo de consequências.
Este consentimento será assinado por mim em duplicado, ficando com um dos exemplares.

Data: / /

Assinatura

Apêndice VI: Atividades/Intervenções Desenvolvidas

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 1 – Aplicação do questionário à população com critérios de inclusão							
Objetivo: Identificar as áreas percebidas como áreas com necessidades e limitações							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Aplicação do questionário para conhecimento da população e das necessidades e limitações percebidas	* Equipe do projeto	01 a 12 de outubro de 2018	Estrutura residencial	*Identificação da população com mais de 65 anos com disponibilidade para participar no projeto. *Aplicação do questionário	*Que 60% dos idosos que cumprem critérios de inclusão respondam ao questionário	*Aplicação efetiva dos questionários	Nº de idosos que respondem /Nº total de idosos que cumprem critérios de inclusão X 100
Recursos Materiais: computador, Internet, questionários, canetas							
Recursos Financeiros: a cargo da enfermeira mestranda							

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 2 – Apresentação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação e divulgação do Projeto Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado							
Objetivo: Envolver a equipa multidisciplinar da estrutura residencial sensibilizando-a para a pertinência do envelhecimento ativo							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Apresentação à equipa dos resultados obtidos no diagnóstico de situação. *Criação de parcerias.	*Enfermeira Mestranda *Enfermeiras Supervisoras	18 de outubro de 2018	Estrutura residencial 1	*Reunião com a equipa para apresentação de resultados do questionário / definição problema prioritário / definição de atividades a desenvolver. *Na mesma reunião apresentar o projeto “Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado” e obter contributos da equipa (Método expositivo/ Método ativo)	* Que 50% da equipa técnica da estrutura residencial participe na reunião	*Registo do número de elementos participantes na atividade	Nº de elementos presentes/Nº total de elementos da equipa técnicaX100
Recursos Materiais: computador, datashow							
Recursos Financeiros:							

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 3 – Sessão de apresentação e divulgação do Projeto Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado							
Objetivo: Divulgar o projeto junto dos residentes na estrutura residencial e envolve-los no mesmo							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Sessão de apresentação e divulgação do Projeto dirigida aos idosos da estrutura residencial *Elaboração de cartaz de divulgação do projeto *Divulgação do projeto nos órgãos de comunicação social locais	*Enfermeira a Mestranda *Equipa da estrutura residencial	*31 de outubro *Duração de 30'	Estrutura residencial 1	*15 minutos de preleção com apresentação de Powerpoint. *15 minutos de discussão entre os participantes.	*Que 10% dos idosos participem na sessão *Que um elemento da equipa da estrutura residencial participe na atividade	*Registo do nº de participantes na atividade.	Nº de participantes na atividade/ Nº total de participantes que responderam ao questionário X100
Recursos Materiais: computador, datashow							
Recursos Financeiros: a cargo da enfermeira mestranda							

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 4 – Ateliê de Dança							
Objetivo: Melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos participantes, aumentar a auto-estima, quebrar o isolamento							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Ateliê de Dança	*Enfermeira Mestranda * Equipa estrutura residencial *Professor Dança *Fotógrafa	*Todas as 6 ^{as} das 10h-12h (datas sujeitas a alteração se necessário)	Estrutura residencial	*30/45 minutos (ajustável de acordo com as necessidades/limitações dos participantes) *Método expositivo/Método ativo *Exercitar o corpo e a mente visando a manutenção e melhorias das capacidades cognitivas e físicas *Aliar recreação com atividade física *Reforçar laços afetivos e relações interpessoais	*Que 10% dos idosos participem na atividade *Que um elemento da equipa da estrutura residencial participe na atividade	*Registo do nº de participantes na atividade	Nº de participantes na atividade/ Nº total de participantes que responderam ao questionário X100
Recursos Materiais: telemóvel, internet e coluna							
Recursos Financeiros:							

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 5 – Ateliê de Expressão Plástica/ Cantinho da Costura							
Objetivo: Desenvolver motricidade, criatividade e trabalho em grupo							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Ateliê de Expressão Plástica/ Cantinho da Costura	*Enfermeira Mestranda *Equipa estrutura residencial *Fotógrafa	*Todas as 5ªs das 10h – 12h (datas sujeitas a alteração se necessário)	Estrutura residencial 1	*30/45 minutos (ajustável de acordo com as necessidades/limitações dos participantes) *1º dia – *Lançar desafio: criação de logotipo pelos participantes - criação logotipo *Retalhos da nossa vida – Corte de tecido e cada idoso é convidado a apresentar através de um desenho livre a ilustração da sua história de vida. Realiza-se com pintura em tecido podendo no final cada um compartilhar com o grupo a sua experiência de vida. Estes retalhos são depois cosidos e formam um trabalho conjunto a ser exposto *Aumento da autonomia e satisfação dos participantes *Evitar a solidão e a depressão *Desenvolver a motricidade e precisão manual *Promover criatividade, trabalho em grupo e relações interpessoais *Aumentar a autoestima, autovalorização e confiança	*Que 10% dos idosos participem na atividade *Que um elemento da equipa da estrutura residencial participe na atividade	*Registo do nº de participantes na atividade	Nº de participantes na atividade/ Nº total de participantes que responderam ao questionário X100
Recursos Materiais: materiais de desperdício e materiais recicláveis							
Recursos Financeiros:							

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 6 – Ateliê de Exercício Físico							
Objetivo: Promover a prática de atividade física diminuindo a inatividade, fomentar o relacionamento interpessoal diminuindo isolamento/solidão							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Ateliê de Exercício Físico	*Enfermeira Mestranda *Equipa da estrutura residencial *Fotógrafa	*Todas 6ª das 14:30 – 16:30 (datas sujeitas a alteração se necessário)	Estrutura residencial 1	*30/45 minutos (ajustável de acordo com as necessidades/limitações dos participantes) * Bóccia – jogo de precisão e de estratégia que promove uma competição saudável e que permite aumentar a sensação de bem-estar *Melhorar a qualidade de vida *Desenvolver capacidades físicas e intelectuais *Desenvolver destreza física e aumentar a coordenação motora *Aumentar a auto-estima *Fomentar relacionamento interpessoal	*Que 10% dos idosos participem na atividade *Que um elemento da equipa da estrutura residencial participe na atividade	*Registo do nº de participantes na atividade	Nº de participantes na atividade/ Nº total de participantes que responderam ao questionário X 100
Recursos Materiais: bolas, cadeiras, entre outros							
Recursos Financeiros:							

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

Atividade 7 – Encontro “Envelhecimeto Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado”							
Objetivo: Aumentar auto-estima e auto-valorização dos idosos; divulgar e promover o trabalho realizado sensibilizando participantes para pertinência do envelhecimento ativo							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
*Reunião prévia para avaliação do projeto Encontro: *Elaboração de cartaz/convite para o encontro *Divulgação do encontro nos órgãos de comunicação social locais *Exposição de Fotografias dos Idosos nas atividades e oferta das mesmas *Lanche convívio	*Enfermeira Mestranda *Enfermeiras Orientadoras *Equipa da estrutura residencial *Professor dança *Fotógrafa	25 de janeiro de 2019 (data sujeita a alteração se necessário)	Estrutura residencial 1	*Avaliação do projeto (análise Swot) *Exposição de fotos dos idosos nas atividades *Exposição/inauguração do trabalho Retalhos da nossa vida *Convívio com exibição filme (com imagens das atividades desenvolvidas) e lanche *Entrega de fotos *Método expositivo e participativo	*Que 10% dos idosos participem na atividade *Que um elemento da equipa da estrutura residencial participe na atividade	*Registo do nº de participantes na atividade	Nº de participantes na atividade/ Nº total de participantes que responderam ao questionário X 100
Recursos Materiais: bolas, cadeiras, entre outros							
Recursos Financeiros:							

Apêndice V: Cartaz Sessão de Apresentação do Projeto



SALA CONVÍVIO

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM APOIO AO

"ENVELHE(S)ER ATIVO"

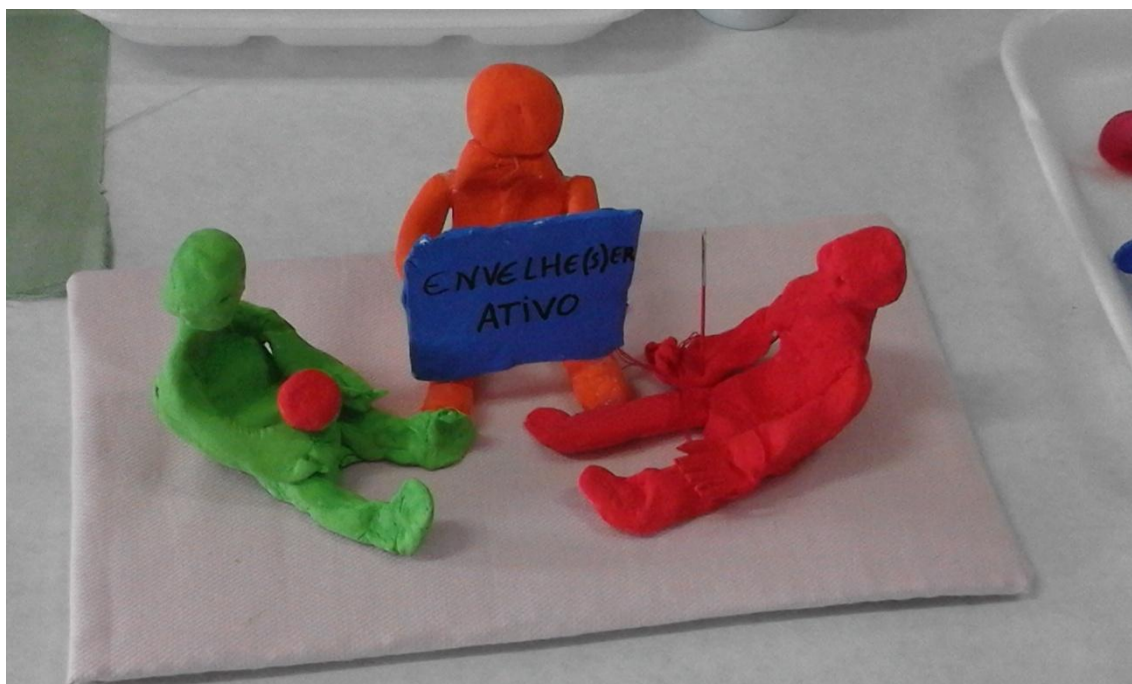
31 DE OUTUBRO

- APRESENTAÇÃO;
- LOCOTIPO;
- DANÇA;
- CANTINHO DA COSTURA;
- BOCCIA;
- ENCONTRO FINAL...

**ORGANIZAÇÃO:
EQUIPA DO PROJETO**

**HORÁRIO:
10:00 HORAS**

Apêndice VI: Foto Logotipo



Apêndice VII: Foto “Manta de Retalhos”



Apêndice VIII: Cartaz Encontro “Envelhe(S)er Ativo”

Cartão de convite para o encontro "ENVELHE(S)ER ATIVO". O cartão possui uma borda decorativa com linhas diagonais vermelhas à esquerda. No topo, há uma seção com o logotipo "TALA CONVÍVIO" em uma explosão branca e uma barra decorativa vermelha com um elemento cinza no centro. Abaixo, o título principal "ENCONTRO 'ENVELHE(S)ER ATIVO'" é exibido em letras azuis, seguido pela data "25 DE JANEIRO" em preto. Um arco azul centralizado contém a programação: "DANÇA", "FILME", "LANCHE", "MANTA DE DETALHOS" e "FOTOS...". Quatro ilustrações coloridas representam atividades: um homem jogando bola, um homem com bengala, um casal dançando e uma mulher costurando. Na base, dois ovais contêm as informações de organização e horário.

TALA CONVÍVIO

**ENCONTRO
'ENVELHE(S)ER ATIVO'**

25 DE JANEIRO


- DANÇA;
- FILME;
- LANCHE;
- 'MANTA DE DETALHOS'
- FOTOS...

**ORGANIZAÇÃO:
EQUIPA DO PROJETO**

**HORÁRIO:
TARDE HORAS**

Apêndice IX: Cronograma do Projeto

Envelhecimento ativo: um desafio para o idoso institucionalizado

MÊS SEMANAS ATIVIDADES	Abril					Maio				Junho				(...)				Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro a Julho			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Diagnóstico de Saúde																																									
Aplicação do questionário à população que participa no projeto *																																									
Definição de prioridades																																									
Definição de objetivos																																									
Apresentação dos resultados na USP																																									
Apresentação dos resultados no 																																									
Seleção de estratégias																																									
Preparação operacional do projeto																																									
Apresentação dos resultados e divulgação do Projeto Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado																																									
Sessão de apresentação e divulgação do Projeto Envelhecimento Ativo: um desafio para o idoso institucionalizado																																									
Ateliê de Dança																																									
Ateliê de Expressão Plástica/ Cantinho da costura																																									
Ateliê de Exercício Físico																																									
Encontro “Envelhe(s)er Ativo”																																									
Avaliação do projeto																																									
Elaboração Relatório de Estágio																																									

*Questionário será aplicado de novo em julho pela equipa técnica da estrutura residencial

